

# **ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ**

г. Севастополь

«20» декабря 2021 г.

## **Раздел 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Департамент здравоохранения города Севастополя, в лице директора Департамента – члена Правительства Севастополя Денисова В.С., первого заместителя директора Департамента здравоохранения города Севастополя Солдатовой А.В., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Севастополя, в лице директора Гроздовой Т.Ю., первого заместителя директора Игнатовой И.А., страховые медицинские организации города Севастополя, в лице директора Севастопольского филиала ООО «Страховая медицинская компания «Крыммедстрах» Галянской Л.С. и директора Севастопольского филиала «Крымской страховой медицинской компании» ООО «Арсенал медицинское страхование» Колтуновой Е.А., Севастопольская территориальная организация профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации, в лице председателя Кравченко И.Д., первичная организация профессионального союза работников здравоохранения государственного бюджетного учреждения здравоохранения Севастополя «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» в лице члена Смоляковой С.И., Региональная общественная организация «Ассоциация врачей Севастополя», в лице члена Белоглазовой С.А. и члена Игнатьева В.В., включенные в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования города Севастополя, в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящее Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования города Севастополя (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем.

Предметом настоящего Тарифного соглашения являются способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории города Севастополя, размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества и другие положения.

1.1. Тарифное соглашение разработано в соответствии с:

- Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- проектом Постановления Правительства РФ «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;
- приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи»;
- приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;
- приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования»;
- приказом Минздрава России от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;
- письмом Минздрава России от 30.12.2020 № 11-7/и/2-20691, Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 30.12.2020 № 00-10-26-2-04/11-51 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования»;
- письмом Минздрава России от 31.12.2020 № 11-7/И/2-20700 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»;
- иными нормативными правовыми актами.

1.2. Тарифное соглашение распространяется на всех участников системы обязательного медицинского страхования при реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Севастополя.

1.3. Основные понятия и термины, используемые в Тарифном соглашении:

- Случай госпитализации - случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;
- Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ) - группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов);
- Клинико-профильная группа (КПГ) - группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи;
- Оплата медицинской помощи по КСГ (КПГ) - оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратноемкости и поправочных коэффициентов;
- Базовая ставка - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из

нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных настоящим Тарифным соглашением (средняя стоимость законченного случая лечения);

- Коэффициент относительной затратноёмкости (КЗ) - коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клиничко-статистической группы заболеваний или клиничко-профильной группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

- Поправочные коэффициенты (ПК) - устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов;

- Коэффициент специфики - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клиничко-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клиничко-статистической группе заболеваний;

- Коэффициент уровня медицинской организации - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

- Коэффициент подуровня медицинской организации – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций одного уровня, обусловленные объективными причинами;

- Коэффициент сложности лечения пациентов - устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, применяемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи;

- Коэффициент дифференциации (КД) - рассчитанный в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования», является единым для города Севастополя -1,0.

- Оплата медицинской помощи за услугу - составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных настоящим Тарифным соглашением;

- Посещение – контакт пациента с врачом, средним медицинским персоналом на самостоятельном приеме по поводу страхового случая, включающий комплекс необходимых медицинских услуг с последующей записью в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи на основании наблюдения за пациентом);

- Первичный прием – первое посещение в рамках случая оказания медицинской помощи по поводу острого заболевания, травмы, отравления, обострения хронического заболевания; первое посещение в календарном году пациента, состоящего на диспансерном учете; первое посещение в календарном году по поводу выписки лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения для лиц льготных групп;

- Повторный прием – второе и каждое последующее посещение в рамках случая оказания медицинской помощи по поводу заболевания, травмы, отравления; диспансерный осмотр пациента второй и последующие разы в течение календарного года; второе и все последующие посещения в течение календарного года по поводу выписки лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения для лиц льготных групп;

- Посещение в неотложной форме – первичная медико-санитарная помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;

- Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар;

- Условная единица трудоемкости – норматив времени, затраченный на оказание стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме, равный 10 минутам.

#### 1.4. Сокращения, употребляемые в Тарифном соглашении:

- ТФОМС – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Севастополя;

- ОМС - обязательное медицинское страхование;

- Комиссия - Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования города Севастополя;

- СМО - страховая медицинская организация;

- МО - медицинская организация;

- УЕТ - условная единица трудоемкости;

- КСГ - Клинико-статистическая группа заболеваний;

- КПГ - Клинико-профильная группа заболеваний;

- МКБ 10 - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр);

- ЭКО - экстракорпоральное оплодотворение;
- Номенклатура - «Номенклатура медицинских услуг», утвержденная приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н;
- «Схемы лекарственной терапии» - справочник схем лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) с указанием для каждой схемы номера КСГ, к которой может быть отнесен случай госпитализации с применением данной схемы;
- «МНН ЛП» - справочник МНН лекарственных препаратов (сочетания МНН лекарственных препаратов) с указанием для каждой позиции номеров КСГ, к которым может быть отнесен случай госпитализации с применением данного МНН лекарственного препарата (сочетания МНН лекарственных препаратов);
- «ДКК» - справочник кодов иных классификационных критериев (в дополнение к справочникам «Схемы лекарственной терапии» и «МНН ЛП», используемых для отнесения случая госпитализации к определенным КСГ;
- «Группировщик» – таблица, определяющая однозначное отнесение каждого пролеченного случая к конкретной КСГ на основании всех возможных комбинаций классификационных критериев;
- «Группировщик детальный» – таблица, соответствующая листу «Группировщик», с расшифровкой кодов основных справочников;
- КС - коэффициент специфики по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент установлен настоящим Тарифным соглашением);
- КУмо - коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
- КПУмо - коэффициент подуровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
- КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента;
- МО-заказчик - медицинская организация, участвующая в реализации Территориальной программы ОМС, оказывающая медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного или круглосуточного стационаров, выдавшая застрахованному лицу направление для получения медицинских услуг в другой медицинской организации, необходимых для оказания медицинской помощи в медицинской организации, выдавшей направление;
- МО-исполнитель - медицинская организация, участвующая в реализации Территориальной программы ОМС, оказывающая медицинские услуги застрахованным лицам, по направлениям, выданным МО-заказчиками.

## **Раздел 2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы ОМС застрахованному лицу, осуществляется на основании следующих способов оплаты медицинской помощи:

- 2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:
  - 1) за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу,

за посещение, за обращение (законченный случай) используется при оплате:

1.1.) медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

1.2.) отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии);

2) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов), в том числе:

- с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи);

- с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

3) по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации – используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, с учетом критерия соответствия их требованиям, установленным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеющих и не имеющих прикрепленное население, установлен в соответствии с Приложением №1 к Тарифному соглашению.

2.1.1. При оплате амбулаторной медицинской помощи, в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), имеющих прикрепленное население, применяется способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с

целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи), в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), в соответствии с Порядком оплаты первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно - генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), установленному Приложением № 2 к Тарифному соглашению.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включаются расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещения с профилактическими и иными целями (в том числе патронаж, получение справок и иных медицинских документов), разовые посещения в связи с заболеванием, обращения по поводу заболевания (с кратностью не менее двух посещений по поводу заболевания к врачам одной специальности), за исключением:

- 1) расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;
- 2) расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме, включая медицинскую помощь, оказанную в отделениях (кабинетах) неотложной медицинской помощи поликлиники (врачебной амбулатории, центра общей врачебной практики (семейной медицины)), в травмпунктах и приемных отделениях больниц;
- 3) расходы на стоматологическую медицинскую помощь, оказанную в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения;
- 4) расходы на медицинскую помощь по профилю «акушерство и

гинекология», оказанную в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения;

5) расходы на консультативно-диагностические посещения в медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций) 2-го уровня;

6) расходы на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

7) расходы на оплату услуг магнитно-резонансной томографии;

8) расходы на оплату услуг компьютерной томографии;

9) расходы на оплату услуг ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы;

10) расходы на оплату услуг эндоскопических диагностических исследований;

11) расходы на оплату услуг молекулярно-генетических исследований;

12) расходы на оплату услуг патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала;

13) расходы на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

Проведение диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. Единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение.

Медицинская помощь, оказываемая с применением телемедицинских технологий, включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц.

При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

2.1.2. Финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, согласно Приложения № 2 Тарифного соглашения, при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров; диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью; диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; при прохождении несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров в порядке, определенном Министерством здравоохранения Российской Федерации.



Граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню, установленному Приложениями № 12 и № 15 Тарифного соглашения.

Финансовое обеспечение углубленной диспансеризации включается в подушевой норматив финансирования по тарифам, установленным Приложениями № 12 и № 15 к Тарифному соглашению:

1. За комплексное посещение, включающее исследования и медицинские вмешательства: измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови).

2. За единицу объема в рамках проведения углубленной диспансеризации оплачиваются следующие исследования:

- тест с 6-минутной ходьбой (при исходной сатурации кислорода крови 95 процентов и больше в сочетании с наличием у гражданина жалоб на одышку, отеки, которые появились впервые или повысилась их интенсивность);

- определение концентрации Д-димера в крови у граждан, перенесших среднюю степень тяжести и выше новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- проведение рентгенографии органов грудной клетки (если не выполнялась ранее в течение года);

- прием (осмотр) врачом-терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики);

- проведение эхокардиографии в рамках II этапа углубленной диспансеризации;

- проведение компьютерной томографии легких в рамках II этапа углубленной диспансеризации;

- дуплексное сканирование вен нижних конечностей в рамках II этапа углубленной диспансеризации.

Оплата углубленной диспансеризации за комплексное посещение возможна в случае выполнения всех медицинских услуг, учитываемых при расчете стоимости комплексного посещения. В случае, если отдельные медицинские услуги, учитываемые при расчете стоимости комплексного посещения углубленной диспансеризации, не были выполнены, оплата такого случая не осуществляется.

Перечень медицинских организаций осуществляющих проведение диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан указан в Приложении № 1 к Тарифному соглашению.

2.1.3. Оказание неотложной медицинской помощи лицам, обратившимся с признаками неотложных состояний, может осуществляться в амбулаторных условиях или на дому при вызове медицинского работника в порядке,

установленном приказами Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» и от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи». Оплата неотложной медицинской помощи, оказанной силами отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи, производится:

а) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи по стоимости посещения к фельдшеру,

б) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи по стоимости посещения к врачу-специалисту.

2.1.4. При оплате амбулаторной медицинской помощи, в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), не имеющих прикрепленного населения, применяется способ оплаты за единицу объема медицинской помощи:

1) за консультативно-диагностическое посещение к врачам-специалистам, ведущим амбулаторный прием в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций) 2-го уровня;

2) за посещение с целью оказания неотложной медицинской помощи по профилю «травматология и ортопедия», оказанной врачом-травматологом-ортопедом в травмпунктах медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) 2-го уровня;

3) за проведение одного сеанса гемодиализа и перитонеального диализа;

4) за проведение одного патологоанатомического исследования, проведенного медицинской организацией (структурным подразделением медицинской организации) второго или третьего уровня, по направлению медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации), оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в порядке, установленном Департаментом здравоохранения города Севастополя, и в пределах объемов, распределенных между медицинскими организациями Комиссией;

5) за одно диагностическое исследование методом магнитно-резонансной томографии или компьютерной томографии, проведенное медицинской организацией (структурным подразделением медицинской организации) второго или третьего уровня, по направлению медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации), оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в порядке, установленном Департаментом здравоохранения города Севастополя, и в пределах объемов, распределенных между медицинскими организациями Комиссией;

б) за одно молекулярно-генетическое исследование, проведенное медицинской организацией (структурным подразделением медицинской организации) второго или третьего уровня, по направлению медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации), оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в порядке, установленном Департаментом здравоохранения города Севастополя, и в пределах объемов, распределенных между медицинскими организациями

Комиссией;

7) за ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, проведенное медицинской организацией (структурным подразделением медицинской организации) второго или третьего уровня, по направлению медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации), оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в порядке, установленном Департаментом здравоохранения города Севастополя, и в пределах объемов, распределенных между медицинскими организациями Комиссией;

8) за одно эндоскопическое диагностическое исследование, проведенное медицинской организацией (структурным подразделением медицинской организации) второго или третьего уровня, по направлению медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации), оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в порядке, установленном Департаментом здравоохранения города Севастополя, и в пределах объемов, распределенных между медицинскими организациями Комиссией;

9) за одно тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), проведенное медицинской организацией (структурным подразделением медицинской организации) второго уровня, по направлению медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации), оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в порядке, установленном Департаментом здравоохранения города Севастополя, и в пределах объемов, распределенных между медицинскими организациями Комиссией.

Оплата указанных отдельных диагностических (лабораторных) исследований может осуществляться по межучрежденческим расчетам при отсутствии возможности проведения их в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь.

2.1.5. Оплата стоматологической помощи производится по стоимости УЕТ работы врачей-стоматологов и зубных врачей дифференцированно на приеме взрослого и детского населения, определяемой в соответствии со Средним количеством УЕТ в одной медицинской услуге, применяемым для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, установленным Приложением № 4 к Тарифному соглашению.

При этом для планирования объема финансовых средств на оплату стоматологической помощи в амбулаторных условиях учитывается средняя кратность УЕТ в одном посещении, которая в среднем составляет 4,2, в том числе число УЕТ в одном посещении с профилактической и иной целью - 4,0, в одном обращении в связи с заболеванием (законченном случае лечения) - 9,4.

2.1.6. Обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания.

При этом для планирования объема финансовых средств на оплату

медицинской помощи в амбулаторных условиях учитывается средняя кратность посещений в одном обращении, которая по Российской Федерации составляет 2,9.

Медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью, посещений с иными целями, посещений в связи с заболеваниями, посещений в неотложной форме, а также обращений в связи с заболеваниями.

2.1.7. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, может осуществляться с использованием межучрежденческих расчетов за единицу объема медицинской помощи в соответствии с настоящим Тарифным соглашением.

При оказании медицинской помощи застрахованным гражданам на территориях других субъектов Российской Федерации межучрежденческие расчеты между медицинскими организациями не проводятся.

2.1.8. Неотложная медицинская помощь, оказываемая в отделении (кабинете) поликлиники, вне отделения (кабинета) поликлиники, вне медицинской организации, приемном отделении (покое) стационара (без госпитализации), кабинете неотложной травматологии и ортопедии (травмпункте), учитывается и оплачивается по посещению в соответствии с настоящим Тарифным соглашением.

2.1.9. Оплата медицинской помощи, оказанной в приемном отделении (приемном покое) стационара застрахованным лицам, не подлежащим госпитализации, за исключением случаев оказания неотложной медицинской помощи, осуществляется по стоимости разового посещения связи с заболеванием, определяемой как сумма стоимости первичного приема (осмотра, консультации) врача-терапевта, или врача-педиатра, или врача-акушера-гинеколога, или врача-инфекциониста, работающих в приемном отделении (приемном покое) стационара, и стоимости лабораторных и диагностических медицинских услуг в соответствии с настоящим Тарифным соглашением.

2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) (за исключением специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти):

1) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

2) за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которых медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме, по сравнению с выбранной для оплаты схемой

лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 5 Тарифного соглашения;

3) за услуги диализа в сочетании с КСГ, являющейся поводом к госпитализации.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, установлен в соответствии с Приложением № 1 к Тарифному соглашению.

2.2.1. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 5 Тарифного соглашения, производится в порядке, определенном настоящим Тарифным соглашением.

Оплата прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях:

- в случае, если фактическое количество дней введения в рамках случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, определенному Приложением № 6 Тарифного соглашения, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ;

- в случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше

осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Так как проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, то оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Оплата прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились

2.2.2. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара (в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и из дневного стационара в круглосуточный), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев. При этом если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

2.2.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, может осуществляться с использованием межучрежденческих расчетов за единицу объема медицинской помощи в соответствии с настоящим Тарифным соглашением.

При оказании медицинской помощи застрахованным гражданам на территориях других субъектов Российской Федерации межучрежденные расчеты между медицинскими организациями не проводятся.

2.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

1) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

2) за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае

прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 5 Тарифного соглашения;

3) за услуги диализа в сочетании с КСГ, являющейся поводом к госпитализации.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, установлен в соответствии с Приложением № 1 к Тарифному соглашению.

2.3.1. Оплата за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 5 Тарифного соглашения в условиях дневного стационара осуществляется аналогично оплате лечения в указанных случаях в условиях круглосуточного стационара (пункты 2.2.1 и 2.2.2 Тарифного соглашения).

2.3.2. Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию установлены в соответствии с Приложением № 5 к Тарифному соглашению.

2.4. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации:

2.4.1. Оплата скорой медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

2.4.2. В подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включаются расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорая (специализированная)

медицинская помощь, оказываемые в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

1) расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

2) расходов на оплату вызова скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии.

### **Раздел 3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, действующих на территории города Севастополя, формируются в соответствии с методикой расчетов тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и совместным письмом от 30.12.2020 Минздрава России № 11-7/И/2-20691, ФФОМС № 00-10-26-2-04/11-51 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

3.1.1. Размер тарифа на оплату медицинской помощи устанавливается дифференцированно с учетом уровня медицинской организации (коэффициент уровня):

1) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации первого уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) (за исключением медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами);

2) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации второго уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению в пределах муниципального образования, оказываемой медицинской организацией населению нескольких муниципальных образований, а также указанной медицинской помощи, оказываемой



специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами;

3) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации третьего уровня (структурном подразделении) применяется при расчете тарифа на оплату специализированной медицинской помощи медицинскими организациями (структурными подразделениями), оказывающими высокотехнологичную медицинскую помощь.

3.1.2. Распределение медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) по уровням установлено в соответствии с Приложением № 1 к Тарифному соглашению.

3.2. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, Тарифным соглашением устанавливаются:

1) средний размер подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС города Севастополя, в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 5 145,26 руб., согласно Приложению № 9 к Тарифному соглашению;

2) значение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования (ПРамб), исключая влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, коэффициента дифференциации, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, в том числе за вызов скорой медицинской помощи, и оказываемой в фельдшерских, фельдшерских-акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях, составляет 0,422997;

3) значение коэффициента специфики оказания медицинской помощи медицинской организации (КСмо), в соответствии с Приложением 10 к Тарифному соглашению;

4) значения коэффициента уровня оказания медицинской помощи, включающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации) (КУмо), в соответствии с Приложением 10 к Тарифному соглашению;

5) значения коэффициента дифференциации на прикрепившихся в медицинской организации лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, в соответствии с Приложением № 10 к Тарифному соглашению;

б) базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации (ФАПов), значение

коэффициента специфики медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, коэффициент приведения, средний размер финансового обеспечения ФАПов на одно застрахованное лицо, в соответствии с Приложением № 10 к Тарифному соглашению;

7) половозрастные коэффициенты дифференциации для каждой половозрастной группы, а также половозрастные коэффициенты дифференциации для каждой медицинской организации, в соответствии с Приложением № 10 к Тарифному соглашению;

8) базовый размер подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи в соответствии с Приложением № 10 к Тарифному соглашению;

9) дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в разрезе медицинских организаций, в соответствии с Приложением № 10 к Тарифному соглашению;

10) фактические дифференцированные подушевые нормативы для каждой медицинской организации в соответствии с Приложением № 10 к Тарифному соглашению;

11) коэффициенты для определения стоимости и тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, включая посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме, средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, коэффициент приведения, в соответствии с Приложением № 11 к Тарифному соглашению;

12) тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения в соответствии с порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» в соответствии с Приложением № 12 к Тарифному соглашению;

13) тарифы на оплату законченного случая диспансеризации, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, проводимой в соответствии с порядком, утвержденным приказом МЗ РФ от 15.02.2013 № 72н (в ред. приказа Минздрава России от 19.11.2020 № 1235н) и на оплату законченного случая диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, проводимой в соответствии с порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 11.04.2013 № 216н (в ред. приказа Минздрава России от 19.11.2020 № 1235н) в соответствии с Приложением № 13 к Тарифному соглашению;

14) тарифы на оплату законченного случая профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, проводимого в соответствии с порядком, утвержденным приказом «О Порядке проведения профилактических

медицинских осмотров несовершеннолетних» утвержденным приказом Минздрава России от 10.08.2017 № 514н (в редакции приказов Минздрава России от 03.07.2018 № 410н, от 13.06.2019 № 396н, от 19.11.2020 № 1235н), в соответствии с Приложением № 14 к Тарифному соглашению;

15) тарифы на оплату законченного случая проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения в соответствии с порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» в соответствии с Приложением № 15 к Тарифному соглашению;

16) тарифы на оплату стоматологической помощи в соответствии с Приложением № 16 к Тарифному соглашению;

17) тарифы на оплату процедур гемодиализа и перитонеального диализа в соответствии с Приложением № 8 к Тарифному соглашению;

18) тарифы на оплату медицинской помощи за единицу объема, применяемые в том числе при межучрежденческих расчетах, включая тарифы на оплату диагностических (лабораторных) исследований (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические, патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), в соответствии с Приложением № 3 к Тарифному соглашению;

19) тарифы на оплату медицинской помощи за единицу объема тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19), применяемые в том числе при межучрежденческих и межтерриториальных расчетах, в соответствии с Приложением № 3 к Тарифному соглашению.

20) единые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемые в том числе при межучрежденческих (могут осуществляться медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями в соответствии с настоящим Тарифным соглашением) расчетах, установлены в соответствии с Приложением № 3 к Тарифному соглашению.

3.2.1. Для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства 1 раз в год представителями регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи, в соответствии с Методическими рекомендациями «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации от 30.07.2019, установленных в соответствии с Приложением № 24 к Тарифному соглашению, проводится оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и

патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях в сочетании оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

Результаты оценки показателей результативности по бережливому производству передаются представителями регионального центра в Комиссию по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Медицинская организация получает выплату в размере 1 % ежемесячной суммы подушевого финансирования в случае достижения всех показателей результативности (22 балла), установленных в Приложении № 24 Тарифного соглашения. Методика оценки критериев новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, представлена в Приложении № 24 Тарифного соглашения.

Перечень медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учётом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях, в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства, указан в Приложении № 24 Тарифного соглашения.

3.2.2. Диспансеризация определенных групп взрослого населения (первый и второй этапы) осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», в пределах объемов, распределенных между медицинскими организациями решением Комиссии.

Застрахованное лицо проходит диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь. Первый этап диспансеризации может проводиться мобильными медицинскими бригадами, осуществляющими свою деятельность в соответствии с правилами

организации работы мобильных медицинских бригад, утвержденными Минздравом России.

При необходимости для проведения приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации, в том числе углубленной, могут привлекаться медицинские работники медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь.

При выявлении у гражданина в процессе диспансеризации, в том числе углубленной, медицинских показаний к проведению осмотров (консультаций) врачами-специалистами, исследований и мероприятий, включая осмотр (консультацию) врачом-онкологом при выявлении подозрений на онкологические заболевания визуальных и иных локализаций, не входящих в объем диспансеризации определенных групп взрослого населения, они назначаются и выполняются в соответствии с положениями порядков оказания медицинской помощи по профилю выявленного или предполагаемого заболевания (состояния), с учетом стандартов медицинской помощи, а также на основе клинических рекомендаций.

Результаты приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации, в том числе углубленной, вносятся в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с пометкой «Диспансеризация».

Первый этап считается завершенным в случае выполнения в течение календарного года не менее 85 % от объема исследований первого этапа диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и приема (осмотра) врача по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследования кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотра фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простатспецифического антигена в крови.

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и считается законченным в случае выполнения осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, необходимость проведения которых определена по результатам первого и второго этапов диспансеризации.

В случае проведения мобильными медицинскими бригадами полного комплекса мероприятий в рамках диспансеризации, применяются повышающие коэффициенты к установленным тарифам на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения (1 этап) в размере 1,1.

При проведении в выходные дни полного комплекса мероприятий в рамках диспансеризации, к установленным тарифам применяется повышающий коэффициент в размере 1,05.

3.2.3. Профилактические медицинские осмотры взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше) осуществляются в соответствии с приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».

Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно:

- 1) в качестве самостоятельного мероприятия;
- 2) в рамках диспансеризации;
- 3) в рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации)).

Профилактический медицинский осмотр может проводиться мобильными медицинскими бригадами, осуществляющими свою деятельность в соответствии с правилами организации работы мобильных медицинских бригад, утвержденными Минздравом России.

При необходимости для проведения приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках профилактических медицинских осмотров, могут привлекаться медицинские работники медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь.

При выявлении у гражданина в процессе профилактического медицинского осмотра медицинских показаний к проведению осмотров (консультаций) врачами-специалистами, исследований и мероприятий, включая осмотр (консультацию) врачом-онкологом при выявлении подозрений на онкологические заболевания визуальных и иных локализаций, не входящих в объем профилактического медицинского осмотра, они назначаются и выполняются в соответствии с положениями порядков оказания медицинской помощи по профилю выявленного или предполагаемого заболевания (состояния), с учетом стандартов медицинской помощи, а также на основе клинических рекомендаций.

При выявлении у гражданина по результатам профилактического медицинского осмотра высокого относительного, высокого и очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска, и (или) ожирения, и (или) гиперхолестеринемии с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, а также установлении по результатам анкетирования курения более 20 сигарет в день, риска пагубного потребления алкоголя и (или) риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача гражданин направляется на углубленное профилактическое консультирование вне рамок профилактического осмотра.

Результаты приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем профилактического медицинского осмотра, вносятся в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с пометкой «Профилактический медицинский осмотр».

Профилактический медицинский осмотр считается завершенным в случае выполнения в течение календарного года не менее 85 % от объема обследования, установленного для данного возраста и пола застрахованного лица, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом.

В случае проведения мобильными медицинскими бригадами полного комплекса мероприятий в рамках профилактических осмотров, применяются повышающие коэффициенты к установленным тарифам на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по профилактическому медицинскому осмотру взрослого населения в размере 1,1.

При проведении в выходные дни полного комплекса мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра, к установленным тарифам применяется повышающий коэффициент в размере 1,05.

3.2.4. Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних осуществляются в соответствии с приказом Минздрава России от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (в редакции приказов Минздрава России от 03.07.2018 № 410н, от 13.06.2019 № 396н, от 19.11.2020 № 1235н) в пределах объемов, распределенных между медицинскими организациями решением Комиссии.

При проведении профилактических осмотров учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), давность которых не превышает 3 месяцев с даты проведения осмотра врачом-специалистом и (или) исследования, а у несовершеннолетнего, не достигшего возраста 2 лет, учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, давность которых не превышает 1 месяца с даты осмотра врачом-специалистом и (или) исследования. Результаты флюорографии легких (рентгенографии (рентгеноскопии), компьютерной томографии органов грудной клетки), внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), учитываются, если их давность не превышает 12 месяцев с даты проведения исследования.

Профилактический осмотр (I этап) является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, включенных в объем профилактического осмотра.

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в объем профилактического осмотра, и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций профилактический осмотр является завершенным в случае проведения дополнительных консультаций, исследований, и (или) получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций (II этап).

В случае отказа несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) от проведения одного или нескольких медицинских вмешательств, предусмотренных в рамках I или II этапов профилактического осмотра, оформленного в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», профилактический осмотр считается завершенным в объеме проведенных осмотров врачами-специалистами и выполненных исследований.

3.2.5. Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 февраля 2013 года № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, и осуществляется в отношении пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

3.2.6. Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2013 года № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью».

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, и осуществляется в отношении детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

3.2.7. В амбулаторных условиях при оказании медицинских услуг с применением мобильных медицинских бригад оплата осуществляется с применением повышающего коэффициента в размере 1,1 к установленным тарифам на посещения, обращения, медицинские услуги, настоящим Тарифным соглашением.

3.2.8. Неотложная медицинская помощь, оказываемая в отделении (кабинете) поликлиники, вне отделения (кабинета) поликлиники, вне медицинской организации, приемном отделении (пкое) стационара (без госпитализации), кабинете неотложной травматологии и ортопедии (травмпункте), оплачивается по тарифу, установленному в соответствии с приложением № 11 настоящего Тарифного соглашения.

3.2.9. Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и



патологоанатомических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19)) осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний.

В рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции проводится в случае:

- наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19);
- наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в том числе для оценки результатов проводимого лечения;
- положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации).

При оказании пациенту нескольких услуг КТ или МРТ в один день, оплата осуществляется за случай медицинской помощи с учетом количества выполненных услуг. При этом, при оказании пациенту КТ или МРТ нескольких анатомических зон с контрастированием в одно посещение, тариф с контрастированием применяется для одной зоны, а для остальных используется тариф без контрастирования.

3.2.10. Межучрежденческие расчеты могут осуществляться медицинскими организациями (на основании заключенных между ними договоров) и страховыми медицинскими организациями в соответствии с настоящим Тарифным соглашением.

В случае если взаиморасчеты осуществляются страховыми медицинскими организациями, МО-исполнителем составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждую выполненную медицинскую услугу с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. МО-заказчиком составляется реестр счетов по установленным тарифам на все единицы объема (посещение, обращение, законченный случай диспансеризации и профилактического осмотра), вне зависимости от применяемого способа оплаты, с указанием наименований, всех оказанных МО-исполнителем медицинских услуг в соответствии с Номенклатурой. Страховые медицинские организации осуществляют оплату медицинских услуг, оказанных МО-исполнителем, на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц сумма средств по счету на оплату МО-заказчика, уменьшается на объем средств, перечисленных МО-исполнителю за выполнение медицинских услуг по направлениям, выданным данной МО-заказчиком.

3.2.11. Общий объем финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи медицинской организации определяется суммой фактического размера средств по подушевому нормативу финансирования медицинской организации, имеющей прикрепленное население, размера средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), средств за оплату посещений в неотложной форме, размера средств за оплату медицинской помощи, оказанной медицинской организацией за единицу объема медицинской помощи застрахованным в городе Севастополе лицам (за исключением медпомощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами), размера средств, направляемых на оплату первичной медико-санитарной помощи по КСГ, оказанной в медицинской организации в условиях дневного стационара.

3.3. В части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, Тарифным соглашением устанавливаются:

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в стационарных условиях, участвующими в реализации территориальной программы ОМС города Севастополя, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС – 5 285,25 руб., расчет в соответствии с Приложением № 9 к Тарифному соглашению;

2) размер базовой ставки финансового обеспечения стационарной медицинской помощи в соответствии с Приложением № 17 к Тарифному соглашению;

3) перечень клинко-статистических групп заболеваний (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ и коэффициентов специфики, в соответствии с Приложением № 18 к Тарифному соглашению;

4) значение коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях к базовой ставке, исключая влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации и коэффициента сложности лечения пациентов в размере – 0,650105;

5) тарифы на оплату законченного случая лечения в стационарных условиях в соответствии с Приложением № 18 к Тарифному соглашению;

б) доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ, в соответствии с Приложением № 18 к Тарифному соглашению;

7) тарифы за законченный случай лечения по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС и доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с Приложением № 19 к Тарифному соглашению;

8) тарифы на оплату процедур гемодиализа и перитонеального диализа в соответствии с Приложением № 8 к Тарифному соглашению.

3.3.1. В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 90% от стоимости КСГ;
- при летальном исходе – 90% от стоимости КСГ.

Если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 60% от стоимости КСГ;
- при летальном исходе – 50% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию установлен в соответствии с Приложением № 5 к Тарифному соглашению.

3.3.2. Оплата по двум КСГ осуществляется также в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ 10:

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

- оказание медицинской помощи в случаях, связанных с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

- проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением (оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st02.001«Осложнения, связанные с

беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение»).

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия.
- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери.
- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери.
- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери.
- O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

При этом если один из двух случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с правилами, установленными настоящим Тарифным соглашением.

По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

3.3.3. Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов (далее – Программа), в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень).

Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой. В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, установлен в соответствии с Приложением № 1 к Тарифному соглашению.

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной в государственных медицинских организациях других субъектов РФ,

подведомственных Минздраву РФ, ФМБА РФ осуществляется в рамках межтерриториальных взаиморасчетов в соответствии с Правилами.

При направлении в медицинскую организацию, с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ 10 либо по коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

После оказания в медицинской организации, высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по КСГ, формируемой по коду МКБ 10.

3.3.4. Пациентам в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях, с целью продолжения лечения, которое начато в возрасте до 18 лет, первичная специализированная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь может быть оказана в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь детям по профилю "детская онкология", в случаях и при соблюдении условий, установленных порядком оказания медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.3.5. Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратно-эффективность лечения пациентов (классификационных критериев):

- а) диагноз (код по МКБ 10);
- б) хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);
- в) схема лекарственной терапии;
- г) МНН лекарственного препарата;
- д) возрастная категория пациента;
- е) сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ 10);
- ж) оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации; индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index. PASI);
- з) длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);

- и) количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- к) пол;
- л) длительность лечения;
- м) этап лечения, в том числе долечивание пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19, посттрансплантационный период после пересадки костного мозга;
- н) показания к применению лекарственного препарата;
- о) объем послеоперационных грыж брюшной стенки;
- п) степень тяжести заболевания;
- р) сочетание нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия (например, сочетание оценки состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации с назначением ботулинического токсина).

Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ 10, являющийся основным поводом к госпитализации. Исключением являются случаи, осложненные сепсисом и фебрильной нейтропенией (особенности отнесения указанных случаев лечения к КСГ представлены в Приложении 23 Тарифного соглашения).

При наличии хирургических операций и (или) других применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры.

Исключение из модели КСГ отдельных диагнозов, медицинских услуг, дополнительных классификационных критериев или их сочетаний не допускается, в том числе в случае, если указанная медицинская помощь не оказывается на территории города Севастополя.

Особенности формирования отдельных КСГ представлены в Приложении № 23 к Тарифному соглашению.

3.3.6. В стационарных условиях в стоимость КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в медицинской организации, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по КСГ по профилю «Неонатология».

3.3.7. Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного, а также дневного стационара в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих право на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Для КСГ №№ st37.001-st37.013, st37.021-st37.023 в стационарных условиях и для КСГ №№ ds37.001-ds37.008, ds37.015-ds37.016 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по Шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация

оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в городе Севастополе. При оценке 4 – 5 – 6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Градации оценки и описание Шкалы реабилитационной маршрутизации установлены порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

3.3.8. Учитывая особенности оказания, пожизненный характер проводимого лечения и, соответственно, оплаты медицинской помощи при проведении процедур диализа, включающего различные методы, для оплаты указанных процедур, оказываемых в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу. При этом дневной стационар может являться структурным подразделением медицинской организации (ее структурного подразделения), оказывающей первичную специализированную медико-санитарную или специализированную медицинскую помощь. Консервативное лечение хронических болезней почек и их осложнений проводится в условиях стационара и дневного стационара, острого почечного повреждения только в условиях стационара. При этом, при необходимости, стоимость услуги диализа с учетом их фактического выполненного количества, является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

Перечень тарифов на оплату услуг диализа с учетом применения различных методов устанавливается в соответствии с Приложением № 8 к Тарифному соглашению.

Поправочные коэффициенты: КС, КСЛП, КУмо распространяются только на КСГ. Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопускается.

В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре. При этом в период лечения, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент

должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

В случае, если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

3.3.9. Расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ осуществляется на основе экономических параметров:

- НФЗ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, рублей;

- КП - коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи для круглосуточного стационара к базовой ставке, исключая влияние применяемых коэффициентов относительной затратноемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации) и коэффициента сложности лечения пациентов, принимающих значения не ниже 65 % от значения норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования;

- КЗксг - коэффициент относительной затратноемкости;

- КД - коэффициент дифференциации, при наличии;

- ПК - поправочные коэффициенты:

1. КСксг - коэффициент специфики оказания медицинской помощи;

2. КУмо - коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации;

3. КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (ССксг) по КСГ (за исключением случаев госпитализаций взрослых с применением лекарственной терапии злокачественных новообразований, порядок оплаты которых установлен пунктом 3.3.8. Тарифного соглашения) определяется по следующей формуле:

$$ССксг = НФЗ \times КП \times КЗксг \times ПК \times КД, \text{ где:}$$

Размер коэффициента приведения при оплате специализированной медицинской помощи рассчитывается по следующей формуле:

$$КП = \frac{БС}{НФЗ}, \text{ где:}$$

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), рублей;

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), определяется исходя из следующих параметров:



- объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и оплачиваемой по КСГ (ОС);
- общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ (Чсл);
- среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ (СПК), и рассчитывается по формуле:

$$БС = \frac{ОС}{Ч_{сл} \times СПК},$$

СПК рассчитывается по формуле:

$$СПК = \frac{\sum(КЗ_i \times ПК_i \times КД_i \times Ч_{сл}^i)}{Ч_{сл}}$$

Размер базовой ставки устанавливается на год. Корректировка базовой ставки возможна в случае значительных отклонений фактических значений от расчетных не чаще одного раза в квартал.

3.3.10. Поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты, установленных настоящим Тарифным соглашением, по следующей формуле:

$$ПК = КС_{кcg} \times КУ_{мо} \times КСЛП$$

Расчет и установление значений поправочных коэффициентов осуществляется отдельно для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

3.3.11. Коэффициент специфики (КС<sub>кcg</sub>) устанавливается Тарифным соглашением для конкретной КСГ.

Цель установления КС<sub>кcg</sub> состоит: в мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализации при заболеваниях и состояниях, входящих в определенную КСГ или КПП, или стимулировании к внедрению конкретных современных методов лечения. Кроме этого, коэффициент специфики может быть применен в целях стимулирования медицинских организаций, а также медицинских работников (через осуществление выплат стимулирующего характера) к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий, в том числе развитию дневных стационаров в больничных учреждениях. В период перехода на оплату медицинской помощи по КСГ коэффициент специфики может применяться с целью коррекции рисков резкого изменения финансирования случаев, отнесенных к отдельным КСГ, пролеченных преимущественно в многопрофильных медицинских организациях.

Коэффициент специфики применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней (подуровней) медицинских организаций. К подгруппам в составе КСГ коэффициент специфики не применяется. КС<sub>кcg</sub> рассчитывается с учетом

фактических расходов на оказание медицинской помощи в рамках конкретной КСГ.

Значение коэффициента специфики – от 0,8 до 1,4.

Перечень КСГ, к которым не применяются понижающие КСкsg (КСГ с применением сложных медицинских технологий, в том числе при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности), и КСГ, к которым не применяются повышающие КСкsg (КСГ, включающие оплату медицинской помощи при заболеваниях, лечение которых должно преимущественно осуществляться в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара) установлен в соответствии с Приложением № 6 к Тарифному соглашению.

К КСГ по профилю «Онкология» и «Детская онкология» коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1).

3.3.12. При оплате медицинской помощи учитываются уровни медицинских организаций. Коэффициент уровня медицинской организации устанавливается настоящим Тарифным соглашением в разрезе двух уровней медицинских организаций дифференцированно для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций в соответствии с действующим законодательством.

Установление индивидуального коэффициента уровня (подуровня) медицинской организации в стационарных условиях не допускается.

Коэффициент уровня медицинской организации (КУмо) отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий.

Значение коэффициента уровня и подуровня медицинской организации в условиях стационара составляет:

- для медицинских организаций 2 – го уровня: подуровень 2.1. – 1,0; подуровень 2.2. – 1,04; подуровень 2.3. – 1,05;

- для медицинских организаций 3 – го уровня: подуровень 3.1. – 1,1; подуровень 3.2. – 1,28; подуровень 3.3. – 1,3.

Перечень КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне либо имеющие высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающие (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи (например, аппендэктомия) коэффициент уровня (подуровня) при оплате не применяется (принимается равным 1) установлен в соответствии с Приложением 6 к к Тарифному соглашению.

3.3.13. Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях. КСЛП устанавливается на основании объективных критериев, перечень которых приводится в тарифном соглашении и в обязательном порядке отражаются в реестрах счетов.

Случаи, в которых применяется КСЛП и его размер, устанавливаются в соответствии с Приложением № 7 к Тарифному соглашению.

Расчеты суммарного значения КСЛП (КСЛПсумм) при наличии нескольких критериев выполняются по формуле:

$$\text{КСЛПсумм} = \text{КСЛП1} + (\text{КСЛП2}-1) + (\text{КСЛПn}-1).$$

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8.

Критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 70 дней, обусловленная медицинскими показаниями.

Правила отнесения случаев к сверхдлительным не распространяются на КСГ, объединяющие случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (st19.075-st19.089, ds19.050-ds19.062), т.е. указанные случаи не могут считаться сверхдлительными и оплачиваться с применением соответствующего КСЛП.

3.3.14. При расчете стоимости случаев лекарственной терапии учтены в том числе нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются).

Отнесение к КСГ, предусматривающим хирургическое лечение, осуществляется по коду МКБ 10 и коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой.

Формирование КСГ для случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода МКБ 10, кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и для большинства групп с учетом количества дней проведения лучевой терапии (фракций).

Отнесение к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляется по коду МКБ 10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количества дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) формируются на основании кода МКБ 10 и схемы лекарственной терапии.

Оптимальная длительность госпитализации в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ составляет 1 день.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей формируются на основании кода МКБ 10, длительности и дополнительного классификационного критерия, включающего группу лекарственного препарата или МНН лекарственного препарата.

3.3.15. Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями определяется по следующей формуле:

$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1-Дзп) + Дзп \times ПК \times КД)$ , где:

БС – размер средней стоимости законченного случая лечения без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей;

КЗ<sub>КСГ</sub> - коэффициент относительной затратноности по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

Дзп - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливаемое на федеральном уровне значение, к которому применяется КД).

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости конкретной КСГ указана в Приложении №18 Тарифного соглашения.

3.3.16. В стационарных условиях медицинская помощь с применением телемедицинских технологий включается в стоимость законченного случая лечения, рассчитанного на основе КСГ.

3.3.17. За счет стоимости законченного случая лечения при межучрежденческих расчетах оплачиваются лабораторные услуги, диагностические исследования (за исключением диализа), консультации врачей-специалистов, оказанные другими медицинскими организациями по направлению лечащего врача стационара. Межучрежденческие расчеты могут осуществляться медицинскими организациями (на основании заключенных между ними договоров) и страховыми медицинскими организациями в соответствии с настоящим Тарифным соглашением.

В случае если взаиморасчеты осуществляются страховыми медицинскими организациями, МО-исполнителем составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждую выполненную медицинскую услугу с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. МО – заказчиком составляется реестр счетов по установленным тарифам на все единицы объема (консультация специалиста, лабораторные услуги, диагностические исследования), вне зависимости от применяемого способа оплаты, с указанием наименований всех оказанных МО-исполнителем медицинских услуг в соответствии с Номенклатурой. Страховые медицинские организации осуществляют оплату медицинских услуг, оказанных МО-исполнителем, на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь (МО – заказчиком), уменьшается на объем средств, перечисленных МО-исполнителю за выполнение медицинских услуг по направлениям, выданным данной МО – заказчиком.

3.4. В части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, Тарифным соглашением устанавливаются:

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в условиях дневного стационара, участвующими в реализации территориальной программы ОМС города Севастополя, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу

объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС – 1 454,12 руб., расчет в соответствии с Приложением № 9 к Тарифному соглашению;

2) размер базовой ставки финансового обеспечения стационарозамещающей медицинской помощи в соответствии с Приложением № 17 к Тарифному соглашению;

3) перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ и коэффициентов специфики, в соответствии с Приложением № 20 к Тарифному соглашению;

4) значение коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара к базовой ставке, исключая влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации в размере – 0,600232;

5) средняя стоимость одного случая экстракорпорального оплодотворения составляет 124 728,50 рублей;

б) тарифы на оплату законченного случая лечения в условиях дневного стационара в соответствии с Приложением № 20 к Тарифному соглашению.

3.4.1. Общие правила формирования различных КСГ в дневном стационаре те же, что и в круглосуточном.

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих критериев:

а) диагноз (код по МКБ 10);

б) хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);

в) схема лекарственной терапии;

г) МНН лекарственного препарата;

д) возрастная категория пациента;

е) сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ 10);

ж) оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации; индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);

з) длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ – мониторинга);

и) количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

к) пол;

л) длительность лечения;

м) этап лечения, в том числе проведения экстракорпорального оплодотворения;

н) показания к применению лекарственного препарата;  
о) объем послеоперационных грыж брюшной стенки;  
п) степень тяжести заболевания;  
р) сочетание нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия (например, сочетание оценки состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации с назначением ботулинического токсина).

3.4.2. Особенности формирования отдельных КСГ представлены в Приложении № 23 к Тарифному соглашению.

3.4.3. В рамках проведения процедуры ЭКО в соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий выделяются следующие этапы:

1. Стимуляция суперовуляции;
2. Получение яйцеклетки;
3. Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;
4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

5. Дополнительно в процессе проведения процедуры ЭКО возможно осуществление криоконсервации, полученных на III этапе, эмбрионов. При этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

Отнесение случаев проведения ЭКО к КСГ осуществляется на основании иных классификационных критериев «ivf1»-«ivf7», отражающих проведение различных этапов ЭКО (полная расшифровка кодов ДКК представлена в Приложении № 7 таблица 7 Тарифного соглашения).

Если базовая программа ЭКО была завершена по итогам I этапа (стимуляция суперовуляции) («ivf2»), I-II этапов (получение яйцеклетки) («ivf3»), I-III этапов (экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов («ivf4»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.009 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2)».

При проведении в рамках одного случая госпитализации первых трех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов («ivf5»), а также проведении всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов («ivf6») оплата случая осуществляется по КСГ ds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)».

При проведении в рамках одного случая всех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов («ivf7»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.011 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4)».

Если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов («ivf1»), случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.008 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)».

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет 1 день.

3.4.4. Значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара для всех медицинских организаций равно 1.

Коэффициент специфики (КСкsg) устанавливается Тарифным соглашением для конкретной КСГ и является единым для всех уровней медицинских организаций.

Коэффициент специфики рассчитывается с учетом фактических расходов на оказание медицинской помощи в рамках конкретной КСГ.

3.4.5. Стоимость одного случая лечения по КСГ с проведением лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых осуществляется по формуле:

$$С_{Скsg} = БС \times КЗ_{сг} \times ((1 - Дзп) + Дзп \times ПК \times КД), \text{ где:}$$

Дзп - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливаемое на федеральном уровне значение, к которому применяется КД).

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости конкретной КСГ указана в Приложении № 20 Тарифного соглашения.

3.4.6. В условиях дневного стационара медицинская помощь с применением телемедицинских технологий включается в стоимость законченного случая лечения, рассчитанного на основе КСГ.

3.5. В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, Тарифным соглашением устанавливаются:

1) средний размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями участвующими в реализации территориальной программы ОМС города Севастополя, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС – 808,28 руб., расчет в соответствии с Приложением № 9 к Тарифному соглашению;

2) значение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования 0,9661;

3) базовый размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, коэффициент специфики, дифференцированные подушевые нормативы финансирования, фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, в соответствии с Приложением № 21 к Тарифному соглашению;

4) тарифы на оплату вызова бригады скорой медицинской помощи, в том числе в случае проведения тромболитика, в соответствии с Приложением № 21 к Тарифному соглашению.

3.5.1. Скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, по территориальной программе ОМС оказывает одна медицинская организация - Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф». В связи с этим половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива

финансирования скорой медицинской помощи устанавливаются на 2022 год в размере 1 для всех половозрастных групп, а также коэффициент приведения скорой медицинской помощи, коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи равен 1.

3.5.2. При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи за счет средств ОМС не производится.

3.5.3. В реестры счетов на оплату медицинской помощи в обязательном порядке включаются все единицы объема оказанной скорой медицинской помощи по установленным тарифам.

3.5.4. Тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи устанавливаются в соответствии с Приложением № 21 к Тарифному соглашению.

3.6. Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с территориальной программой ОМС и включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

3.7. Удельный вес расходов по статьям для каждой медицинской организации формируется исходя из потребности медицинской организации в покрытии расходов, связанных с оказанием медицинской помощи и содержанием медицинской организации в рамках установленных объемов медицинской помощи и финансового обеспечения территориальной программы ОМС на соответствующий год.

#### **Раздел 4. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА**

4.1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с пунктом 9.1 части 1



статьи 7 Федерального Закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – закон № 326-ФЗ).

4.2. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком организации и проведения контроля.

Общий размер санкций, применяемых к медицинским организациям, включающий в себя размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, рассчитывается в порядке, установленном Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н.

4.3. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества установлен в соответствии с Приложением № 22 к Тарифному соглашению.

## **Раздел 5. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЕМОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МЕЖДУ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ**

5.1. Распределение объемов предоставления медицинской помощи в разрезе видов, форм и условий оказания медицинской помощи и групп высокотехнологичной медицинской помощи, а также объемов финансового обеспечения медицинской помощи, между медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Севастополя, осуществляется Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

## **Раздел 6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

6.1. Порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями города Севастополя лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, осуществляется в соответствии с разделом IX Правил обязательного медицинского страхования,

утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н.

6.1.1. Оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации в амбулаторных условиях, осуществляется по следующим тарифам:

1) тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, включая посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме, в соответствии с Приложением № 11 к Тарифному соглашению;

2) тарифы на оплату стоматологической помощи в соответствии с Приложением № 16 к Тарифному соглашению;

3) тарифы на оплату процедур гемодиализа и перитонеального диализа в соответствии с Приложением № 8 к Тарифному соглашению;

4) оплата медицинской помощи, оказанной в приемном отделении (приемном покое) стационара лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, не подлежащим госпитализации, за исключением случаев оказания неотложной медицинской помощи, осуществляется в соответствии с пунктом 2.1.9. настоящего Тарифного соглашения;

5) тарифы на оплату медицинской помощи за единицу объема, применяемые в том числе при межтерриториальных расчетах, включая тарифы на оплату диагностических (лабораторных) исследований (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования биопсийного (операционного) материала, молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), в соответствии с Приложением № 3 к Тарифному соглашению;

б) тарифы на оплату медицинской помощи за единицу объема тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19), применяемые в том числе при межтерриториальных расчетах, в соответствии с Приложением № 3 к Тарифному соглашению;

6.1.2. Оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации в стационарных условиях, осуществляется по следующим тарифам:

1) тарифы на оплату законченного случая лечения в стационарных условиях в соответствии с Приложением № 18 к Тарифному соглашению;

2) тарифы за законченный случай лечения по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС в соответствии с Приложением № 19 к Тарифному соглашению;

3) тарифы на оплату процедур гемодиализа и перитонеального диализа в соответствии с Приложением № 8 к Тарифному соглашению.

6.1.3. Оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации в условиях дневного стационара, осуществляется по тарифам на оплату законченного случая лечения в

условиях дневного стационара в соответствии с Приложением № 20 к Тарифному соглашению.

6.1.4. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации вне медицинских организаций, производится по тарифам на оплату вызова бригады скорой медицинской помощи, в том числе в случае проведения тромболитика в соответствии с Приложением № 21 к Тарифному соглашению.

6.2. Внесение изменений в Тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к Тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

6.3. В тарифное соглашение вносятся изменения:

6.3.1. При внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования города Севастополя, в части включения (исключения) медицинских организаций;

6.3.2. В случае необходимости дополнения (исключения) сведений в части применяемых способов оплаты медицинской помощи и тарифов на оплату медицинской помощи для медицинских организаций, по которым изменяются объемы предоставления медицинской помощи;

6.3.3. При определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;

6.3.4. При внесении изменений в Требования к структуре и содержанию Тарифного соглашения;

6.3.5. При внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи;

6.3.6. При принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации решений, приводящих к необходимости внесения изменений в Тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

6.4. Тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2022 года и действует по 31.12.2022 года.

6.5. Настоящее Тарифное соглашение составлено и подписано в 10-ти экземплярах, по одному экземпляру для каждой стороны.


6.6. Настоящее Тарифное соглашение подлежит обязательному размещению на официальном сайте Департамента здравоохранения города Севастополя и Территориального фонда обязательного медицинского страхования города Севастополя в сети «Интернет» в четырнадцатидневный срок со дня его принятия.

Настоящее Тарифное соглашение подлежит обязательной отправке Председателем Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования города Севастополя в пятидневный

срок после дня его заключения в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования для подготовки заключения о соответствии базовой программе обязательного медицинского страхования.

Все приложения являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

Директор Департамента  
здравоохранения города  
Севастополя - член Правительства  
Севастополя

  
В.С. Денисов  
« 20 » 2021 года

Первый заместитель директора  
Департамента здравоохранения  
города Севастополя

  
А.В. Солдатова  
« 20 » 2021 года


Директор Севастопольского  
филиала «Крымской страховой  
медицинской компании» ООО  
«Арсенал медицинское  
страхование»

  
Е.А. Колтунова  
« 20 » 2021 года


Председатель Севастопольской  
территориальной организации  
профсоюзов работников  
здравоохранения Российской  
Федерации

  
И.Д. Кравченко  
« 20 » 2021 года

Член первичной организации  
профессионального союза  
работников здравоохранения  
государственного бюджетного  
учреждения здравоохранения  
Севастополя «Городская больница  
№ 1 им. Н.И. Пирогова»

  
С.И. Смолякова  
« 20 » 2021 года

Директор Территориального фонда  
обязательного медицинского  
страхования города Севастополя

  
Т.Ю. Гроздова  
« 20 » 2021 года

Первый заместитель директора  
Территориального фонда  
обязательного медицинского  
страхования города Севастополя

  
И.А. Игнатова  
« 20 » 2021 года

Директор Севастопольского филиала  
ООО «Страховая медицинская  
компания «Крыммедстрах»

  
Л.С. Галянская  
« 20 » 2021 года

Член Региональной общественной  
организации «Ассоциация врачей  
Севастополя»

  
С.А. Белоглазова  
« 20 » 2021 года

Член Региональной общественной  
организации «Ассоциация врачей  
Севастополя»

  
В.В. Игнатьев  
« 20 » 2021 года