ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
на оплату медицинской помощи
в системе обязательного медицинского страхования
Курской области на 2025 год

г. Курск «31» января 2025 г.

1.Общие положения.

Тарифное соглашение заключено в соответствии со следующими нормативными документами:

Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»,

Постановлением Правительства РФ от 27.12.2024 N 1940 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов" (далее Программа),

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 N 108н (в последующих редакциях) "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования",

Приказом МЗ РФ от 19 марта 2021 N 231н "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения",

Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, одобренными решением рабочей группы Министерства здравоохранения РФ (18.10.2023 N 90/31-2/516) и направленными 19.02.2024 года совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 31-2/200 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 00-10-26-2-06/2778,

Постановлением Администрации Курской области от 19.01.2015 № 9-па (в последующих редакциях) «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Курской области»

и в целях:

обеспечения финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования на территории Курской области при реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования,

предоставления за счет средств обязательного медицинского страхования застрахованным лицам равных условий бесплатного оказания медицинской помощи при наступлении страхового случая.

Тарифное соглашение (далее Соглашение) разработано и утверждено членами Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Курской области (далее Комиссия) в составе:

Врио министра здравоохранения Курской области Письменной Екатерины Васильевны (председатель комиссии),

Врио заместителя министра здравоохранения Курской области, начальника управления экономического планирования и перспективного развития Агарковой Елены Владимировны,

директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Курской области Курцева Андрея Владимировича,

заместителя директора по экономическим вопросам территориального фонда обязательного медицинского страхования Курской области Шестеряковой Светланы Евгеньевны (секретарь комиссии),

главного врача ОБУЗ «Курская областная станция скорой медицинской помощи» Хруслова Константина Владимировича,

начальника Федерального казенного учреждения здравоохранения «Медико – санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Курской области» Сироткина Сергея Александровича,

директора АОСП ООО Страховая компания «Ингосстрах-М» филиал в городе Курск Кармановой Ирины Александровны,

директора Курского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ - Мед» Новикова Дмитрия Борисовича,

председателя Курской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Охотниковой Светланы Владимировны,

заместителя председателя Курской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Мирошник Елены Викторовны,

президента Ассоциации «Курская Врачебная Палата» Шевченко Сергея Михайловича,

члена правления Ассоциации «Курская Врачебная Палата» Парфенцевой Надежды Николаевны;

начальника отдела межтерриториальных расчетов и мониторинга профилактических мероприятий территориального фонда обязательного медицинского страхования Курской области Баланиной Марины Владимировны;

члена президиума, члена комитета Курской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Балеевских Татьяны Юрьевны;

директора Курского филиала ООО «МСК «ИНКО-МЕД» Петровой Ирины Юрьевны;

заместителя министра финансов и бюджетного контроля Курской области Гапоновой Людмилы Владимировны;

члена Ассоциации «Курская Врачебная Палата Коломиеца Игоря Владиславовича;

главного врача ОБУЗ «Солнцевско – Мантуровская центральная районная больница» Путинцева Руслана Геннадьевича,

Понятия и термины

В целях реализации настоящего Соглашения устанавливаются следующие основные понятия и термины:

Случай госпитализации в круглосуточный стационар или **случай лечения** в дневном стационаре (далее также - случай лечения) – случай диагностики и 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);

Оплата медицинской помощи по КСГ – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратоемкости и поправочных коэффициентов;

Базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, с учетом других параметров, предусмотренных настоящим соглашением (средняя стоимость законченного случая лечения);

Коэффициент относительной затратоемкости – устанавливаемый настоящими рекомендациями коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

Коэффициент дифференциации – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для субъекта Российской Федерации и отдельных территорий субъекта Российской Федерации (используемый в расчетах в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации);

Поправочные коэффициенты – 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 КСГ с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ;

Коэффициент уровня медицинской организации – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающих 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, обусловленный 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;

Подгруппа в составе КСГ – группа заболеваний, выделенная в составе КСГ с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по КСГ, с учетом правил выделения и применения подгрупп;

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 соглашением.

2. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории Курской области

При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной

компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее - ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;

профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и (или) обучающихся в образовательных организациях;

медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (далее - госпитализация), в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний);

за прерванный случай госпитализации 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, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, 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 в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, 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 № 11**, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

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 дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская

помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, 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 в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных Приложением № 11, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

по подушевому нормативу финансирования Приложение № 18 «Распределение медицинских организаций, оказывающих амбулаторно - поликлиническую и скорую медицинскую помощь по уровням оказания медицинской помощи»;

за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц) Приложение № 15 «Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, в том числе перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи».

Соглашение устанавливает общие принципы оплаты медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования, оказываемых медицинскими организациями на территории Курской области, по видам медицинской помощи и в объемах, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее Программой) и утвержденных Комиссией.

За счет средств обязательного медицинского страхования финансируются медицинские организации (далее МО) любой формы собственности, имеющие полученную в установленном порядке лицензию на оказание медицинской помощи, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования и заключившие договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с территориальным фондом обязательного

медицинского страхования Курской области (далее ТФОМС Курской области) и страховыми медицинскими организациями (далее СМО) при условии размещения в медицинских организациях заданий по обеспечению государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам в Курской области и в пределах объемов и финансового обеспечения, утвержденных Комиссией.

Приложение № 1 «Перечень медицинских организаций Курской области, участвующих в реализации территориальной программы ОМС на 2025 год».

В рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Курской области оплачивается медицинская помощь, оказываемая застрахованным гражданам:

- вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- в условиях дневного стационара (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Медицинская помощь оказывается в следующих формах:

- экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;
- неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;
- плановая - медицинская помощь, оказываемая при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Медицинская организация самостоятельно регулирует выполнение утвержденных объемов медицинской помощи, в том числе путем установления очередности оказания плановой медицинской помощи с соблюдением сроков ожидания, установленных Программой. При необходимости корректировки утвержденных объемов медицинской помощи, исходя из потребности застрахованных лиц в медицинской помощи и с учетом их права выбора медицинской организации и врача, медицинская организация обращается в Комиссию в установленном порядке.

Учет объемов медицинской помощи и финансового обеспечения медицинских организаций ведется нарастающим итогом.

Оплата реестров счетов и финансового обеспечения медицинских организаций сверх утвержденных объемов и финансового обеспечения медицинских организаций за счет средств обязательного медицинского страхования не производится.

Реестр счетов и счет на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, представляются в ТФОМС Курской области и СМО в сроки, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, и в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования.

ТФОМС Курской области осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в установленном порядке.

Оплата медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, оказанной медицинскими организациями Курской области гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории других субъектов Российской Федерации, осуществляется в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования по тарифам, утвержденным настоящим Соглашением и приложениями к нему.

Оплата медицинской помощи по межучрежденческим расчетам осуществляется в рамках «пилотного проекта по лабораторным исследованиям» в соответствии с утвержденными тарифами через СМО по тарифам для проведения межучрежденческих расчетов.

При межучрежденческих расчетах применяются единые для всех медицинских организаций тарифы на оплату медицинской помощи.

Медицинской организацией составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждую выполненную единицу объема медицинской помощи (лабораторное исследование) с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление на лабораторное исследование. Страховые медицинские организации осуществляют оплату услуг на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации - инициатора оказания медицинской помощи в другой медицинской организации, уменьшается на объем средств, перечисленных медицинской организации, в которой были фактически выполнены лабораторные исследования, по направлениям, выданным медицинской организацией - инициатором.

Медицинская помощь лицам, не имеющим права на получение полиса обязательного медицинского страхования, оплачивается в объемах и на основаниях, установленных действующими нормативными правовыми актами.

Способы и формы оплаты медицинской помощи, не предусмотренные настоящим Соглашением, не применяются.

2.1 Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях включает:

- посещения:

а) посещения с профилактической целью (за исключением врачей функциональной диагностики, врачей-лаборантов, врачей ЛФК и массажа, рентгенологов и других специалистов, не обеспечивающих выполнение плановых объемов количества посещений, установленных для медицинской организации), в том числе:

центров здоровья (комплексный медицинский осмотр);

в связи с диспансеризацией определенных групп населения (комплексное посещение);

в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с Порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации (комплексное посещение);

в связи с проведением углубленной диспансеризации (комплексное посещение);

в связи с диспансеризацией для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан;

- консультирование медицинским психологом ;

- комплексное посещение для проведения обучения в школах сахарного диабета;

в связи с патронажем;

б) посещения с иными целями (за исключением врачей функциональной диагностики, врачей-лаборантов, врачей ЛФК и массажа, рентгенологов и других специалистов, не обеспечивающих выполнение плановых объемов количества посещений, установленных для медицинской организации), в том числе:

в связи с другими обстоятельствами (получением справки, других медицинских документов);

медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;

в) разовые посещения в связи с заболеванием (за исключением врачей функциональной диагностики, врачей-лаборантов, врачей ЛФК и массажа, рентгенологов и других специалистов, не обеспечивающих выполнение плановых объемов количества посещений, установленных для медицинской организации);

г) комплексное посещение по медицинской реабилитации.

д) в связи с диспансерным наблюдением (комплексное посещение).

- обращение по поводу заболевания:

обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания к специалистам одной специальности, включающее, в том числе консультативные посещения специалистов других специальностей, входящие в стандарт обследования (лечения) по основному диагнозу. Под законченным случаем в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, которые возможно провести в амбулаторных условиях, на дому (при невозможности посещения пациентом медицинской организации), со следующими исходами: выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение и пр.

- посещения в неотложной форме:

При формировании реестров счетов на оплату неотложным случаем считается:

- оказание медицинской помощи пациенту, обратившемуся самостоятельно или доставленному машиной скорой медицинской помощи в приемное отделение стационара без последующей госпитализации (включает осмотр специалиста, проведенные инструментальные и лабораторные исследования);

- оказание неотложной помощи на дому в течение не более 2 часов после поступления обращения больного или иного лица об оказании неотложной помощи на дому;

- посещение в травматологические пункты - структурные подразделения медицинских организаций;

- посещение в кабинеты неотложной помощи.

- диагностические исследования:

Диагностические исследования (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), на проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID-19), маммографии с учетом расходов, связанных с использованием систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) (далее маммография с применением ИИ), посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций) утверждены **Приложением № 4** к Тарифному

соглашению на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Курской области на 2025 год;

Медицинские организации ведут раздельный учет посещений с профилактической целью, посещений с иными целями, разовых посещений в связи с заболеваниями, посещений в неотложной форме, обращений в связи с заболеваниями, а так же отдельных диагностических исследований.

Оплата амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара, дневного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, дневного стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках выполнения стандартов медицинской помощи и обращений за неотложной стоматологической помощью) не производится.

Внутриучрежденческие консультации врачей-специалистов в рамках выполнения стандартов медицинской помощи включены в тарифы медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного и дневного стационаров и дополнительно не оплачиваются.

Для медицинских организаций, в рамках межтерриториальных и межучрежденческих расчетов применяются тарифы на оплату лабораторных исследований, утвержденные **Приложением № 4** к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Курской области на 2025 год.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико - санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико – санитарную помощь, при наличии медицинских показаний в сроки установленные Программой. Порядок направления на исследования устанавливается приказом министерства здравоохранения Курской области. Учет исследований ведется по законченному случаю в объеме обращений по заболеваниям, утвержденным на 2025 год.

При патологоанатомических исследованиях биопсийного (операционного) материала оплату производить за исследование одного образца с учетом всех дополнительных его исследований по стоимости одного исследования.

В рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования осуществляется проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции и на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа, любым из методов в случае:

наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп;

наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп, в том числе для оценки результатов проводимого лечения;

положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп, полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации).

Проведение консультирования медицинским психологом осуществляется по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и/или состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования: пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период (**Приложение № 19**).

Проведение патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) осуществляется в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат по поводу заболеваний и/или состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в указанные медицинские организации) (**Приложение № 4**).

Страховые медицинские организации осуществляют контроль за назначением и направлением на исследования в соответствии с законодательством Российской Федерации и порядком по маршрутизации пациентов, утвержденным Министерством здравоохранения Курской области. Оплата исследований осуществляется при наличии направления на исследования.

Стоимость обращения (законченный случай лечения), посещения по заболеванию, посещения с профилактической и иными целями, комплексного посещения по диспансерному наблюдению при оказании амбулаторно – поликлинической помощи в разрезе специальностей утверждена **Приложением № 19**.

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, исходя из средней стоимости комплексного посещения в размере 25 427,7 рублей.

При этом комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10–12 посещений. Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. Комплексное посещение включает

набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации. При этом, по решению лечащего врача консультация отдельных специалистов в рамках комплексного посещения может осуществляться в том числе с использованием телемедицинских технологий (1-2 посещения).

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях осуществляется дифференцированно, в том числе в зависимости от оценки состояния пациента по ШРМ (1–3 балла) и заболевания (профиля заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация, Приложение № 17 «Стоимость комплексного посещения по медицинской реабилитации в рамках амбулаторно – поликлинической помощи».

При учете затрат школ для больных сахарным диабетом учитывают затраты на проведение занятий и проверку дневников самоконтроля, а также количество занятий, проводимых в школах сахарного диабета, в зависимости от типа заболевания.

Медицинская помощь в рамках школ сахарного диабета оплачивается за единицу объема медицинской помощи вне подушевого норматива финансирования – комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля. Ведется отдельный учет случаев.

Стоимость комплексного посещения в расчете на 1 пациента составляет:

Группа пациентов (в среднем 10 пациентов в группе)	**Стоимость без учета Кдиф, рублей**	**В среднем включает**
Взрослые с сахарным диабетом 1 типа	1 324,40	5 занятий продолжительностью 4 часа, а также проверка дневников самоконтроля
Взрослые с сахарным диабетом 2 типа	1 097,93	5 занятий продолжительностью 3 часа, а также проверка дневников самоконтроля
Дети и подростки с сахарным диабетом	1 741,59	10 занятий продолжительностью 2 часа, а также проверка дневников самоконтроля

при незаконченном комплексном посещении стоимость 1 занятия 1 пациентом составит:

Группа пациентов (в среднем 10 пациентов в группе)	**Стоимость без учета Кдиф, рублей**	**В среднем включает**
Взрослые с сахарным диабетом 1 типа	264,88	1 занятие 1 пациента продолжительностью 4 часа, а также проверка дневников самоконтроля
Взрослые с сахарным диабетом 2 типа	219,59	1 занятие 1 пациента продолжительностью 3 часа, а также проверка дневников самоконтроля

Дети и подростки с сахарным диабетом	174,16	1 занятие 1 пациента продолжительностью 2 часа, а также проверка дневников самоконтроля

Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, имеющих прикрепленное население на 2025 год» утвержден **Приложением № 2.**

Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, не имеющих прикрепленное население на 2025 год» утвержден **Приложением № 3.**

2.1.1. Оплата профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения и посещений с иными целями

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрировано в Минюсте России 30 июня 2021 г. № 64042), от 10 августа 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (зарегистрировано в Минюсте России 18 августа 2017 г. № 47855), от 15 февраля 2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (зарегистрировано в Минюсте России 2 апреля 2013 г. № 27964), от 21 апреля 2022 г. № 275н «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» (зарегистрировано в Минюсте России 29 апреля 2022 г. № 68366), от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (зарегистрировано в Минюсте России 21 апреля 2022 г. № 68288) и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

Случай профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних считается законченным и подлежит оплате при выполнении 100% объема осмотров и исследований по возрасту и полу в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. №

514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».

В случае отказа несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) от проведения одного или нескольких исследований, предусмотренных в рамках профилактического осмотра, оформленного в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», случай считается законченным, но на оплату выставляется разовыми посещениями специалистов с профилактической и иными целями.

Общая продолжительность I этапа профилактического медицинского осмотра должна составлять не более 20 рабочих дней, а при назначении дополнительных консультаций, исследований и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций, общая продолжительность профилактического медицинского осмотра должна составлять не более 45 рабочих дней (I и II этапы).

Случай диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью считается законченным при выполнении 100% объема осмотров и исследований.

Общая продолжительность I этапа диспансеризации детей-сирот должна составлять не более 10 рабочих дней, а при назначении дополнительных консультаций, исследований и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций, общая продолжительность диспансеризации детей-сирот должна составлять не более 45 рабочих дней (I и II этапы).

Дети, подлежащие диспансеризации как дети-сироты, не подлежат профилактическим осмотрам несовершеннолетних.

Первый этап диспансеризации взрослого населения считается завершенным и подлежит оплате в полном объеме 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 является проведение:

- анкетирования;
- приема (осмотра) врача по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или врача-терапевта;
- маммографии;
- исследования кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом;
- осмотра фельдшером (акушеркой) или врачом акушер-гинекологом;

- взятие мазка с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование, цитологическое исследование мазка с шейки матки;

- определение простат-специфического антигена крови.

Диспансеризации и профилактические медицинские осмотры, в соответствии с планом – графиком, утвержденным администрацией медицинской организацией могут проводиться в выходные и праздничные дни, по стоимости, утвержденной настоящим Тарифным соглашением и повышающего коэффициента 1,05.

Граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), вправе пройти углубленную диспансеризацию.

Случай профилактического осмотра взрослого населения считается завершенным и подлежит оплате в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема исследований, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом обязательным является проведение:

- анкетирования;

- приема (осмотра) фельдшера фельдшерского или фельдшерско-акушерского здравпункта, врача по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или врача-терапевта;

- осмотра фельдшером (акушеркой) или врачом акушер-гинекологом.

Профилактические осмотры и диспансеризация определенных групп взрослого населения не проводятся в случаях, когда законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации установлен иной порядок проведения профилактического медицинского осмотра (диспансеризации).

Оплата случаев диспансерного наблюдения осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядком проведения диспансерного наблюдения, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья.

Диспансерное наблюдение работающих застрахованных лиц может проводиться по месту осуществления служебной деятельности. Стоимость диспансерного наблюдения (комплексного посещения) установлена **Приложением № 19.**

Оплата диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития входит в объем профилактических посещений медицинской организации, предусмотренный на 2025 год.

Оплата случая диспансерного наблюдения осуществляется только при наличии сведений о застрахованном лице, находящимся под диспансерным наблюдением в медицинской организации на текущий календарный год на

информационном Портале ТОФМС Курской области, в соответствии с п. 253 Правил обязательного медицинского страхования.

Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, применяемые при межтерриториальных расчетах, в том числе дифференцированные в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни и использования для проведения профилактических осмотров и диспансеризации мобильных медицинских бригад:

Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних:

Количество профилактических посещений в комплексном посещении возрастных категорий несовершеннолетних	**Возраст**	**Стоимость комплексного посещения, в рамках профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (руб.)**
1 посещение по профилактике	новорожденные, 2, 4, 5,6,7, 8, 9, 10, 11 месяцев, 1 год 3мес., 1 год 6 мес.	680,87
2 посещения по профилактике	3 мес., 2 года, 4 года, 5 лет, 8 лет, 9 лет, 11 лет, 12 лет	1 361,74
3 посещения по профилактике	13 лет, 14 лет	2 042,61
5 посещений по профилактике	1 мес., 7 лет	3 404,35
6 посещений по профилактике	12 мес., 10 лет	4 085,22
7 посещений по профилактике	3 года	4 766,09
9 посещений по профилактике	6 лет, 15 лет, 16 лет, 17 лет	6 127,83
Средняя стоимость комплексного посещения		**2 620,50**

Стоимость 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» и диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации устанавливается в размере 3 985,00 рублей.

Стоимость комплексного посещения в рамках профилактических медицинских осмотров и диспансеризации граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья устанавливается в размере 1 824,70 руб., из них женщин – 2 920,1 руб., мужчин – 711,10 руб.

Оплата первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения:

пол	**Возраст**	**Стоимость комплексного посещения в рамках 1 этапа диспансеризации (руб.)**
М	18,21,24,27,30,33,36,39,41,43,47,49,51,53,57,59,61,63,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99	1 871,30

М	40,42,44,46,48,52,54,56,58,62,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75	2 329,70
М	55	3 274,70
М	50,60,64,	3 494,54
М	45	4 449,04
М	**Средняя стоимость**	**2 272,04**
Ж	41,43,47,49,53,55,59,61,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94 ,95,96,97,98,99	2 329,70
Ж	18,21,24,27,30,33,36,39,51,57,63,65,67,69,71, 73,75	3 155,36
Ж	40,44,46,50,52,56,58,62,64,66,68,70,72,74	4 543,26
Ж	42,45,48,54,60	4 763,10
Ж	**Средняя стоимость**	**3 447,50**

Оплата второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения установлена **Приложением № 28.**

Оплата комплексного посещения по профилактическому осмотру взрослого населения:

пол	Возраст	Стоимость комплексного посещения в рамках профилактического осмотра (руб.)
М	18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,41,43,47,49,51 ,53,57,59,61,63,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,9 7,98,99…	1 841,86
М	40,42,44,46,48,52,54,56,58,62,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75	2 344,34
М	45,50,55,60,64	3 518,70
М	**Средняя стоимость**	**2 223,86**
Ж	18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38	2 344,34
Ж	39,41,43,47,49,51,53,55,57,59,61,63,65,67,69,71,73,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84 ,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99	3 168,76
Ж	40,42,44,45,46,48,50,52,54,56,58,60,62,64,66,68,70,72,74	4 290,20
Ж	**Средняя стоимость**	**3 473,69**

В случае проведения 1 этапа профилактических мероприятий мобильными медицинскими бригадами, к тарифу комплексного посещения устанавливается повышающий коэффициент в размере 1,05

Стоимость второго этапа профилактических мероприятий соответствует стоимости одного профилактического посещения в размере 372,10 руб.

Стоимость комплексного посещения по диспансерному наблюдению составляет 2 661,1 руб., **Приложение № 19**.

Перечень и стоимость исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации:

Способ оплаты	Перечень исследований и медицинских вмешательств в рамках углубленной диспансеризации	Рекомендуемая стоимость (без учета коэффициента дифференциации) руб.
I этап углубленной диспансеризации		
комплексное посещение	**Итого,** в том числе: -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 аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови); - проведение рентгенографии органов грудной клетки (если не выполнялась ранее в течение года); - прием (осмотр) врачом-терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики).	**1 384,80** 29,90 155,20 111,60 612,60 219,70 255,80
за единицу объема оказания медицинской помощи	проведение теста с 6 - минутной ходьбой (при исходной сатурации кислорода крови 95 процентов и выше в сочетании с наличием у гражданина жалоб на одышку, отеки, которые появились впервые или интенсивность их повысилась)	**90,30**
за единицу оказания медицинской помощи	определение концентрации Д-димера в крови у граждан, перенесших среднюю степень тяжести и выше новой коронавирусной инфекции (COVID-19)	**421,82**
II этап углубленной диспансеризации		
за единицу оказания медицинской помощи	проведение эхокардиографии (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой)	**694,4**
за единицу оказания медицинской помощи	проведение компьютерной томографии легких (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой)	**3 438,9**
за единицу оказания медицинской помощи	дуплексного сканирование вен нижних конечностей (при наличии показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови)	**694,4**

Для женщин и мужчин репродуктивного возраста поэтапно в зависимости от возрастных групп одновременно с прохождением профилактического осмотра или диспансеризации организуется проведение диспансеризации, направленной на оценку их репродуктивного здоровья, включающей исследования и иные медицинские вмешательства согласно **Приложению №**

27. При невозможности проведения всех исследований в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, для проведения указанных исследований медицинским работником такой медицинской организации осуществляются забор материала для исследования и его направление в установленном порядке в иную медицинскую организацию, в том числе федеральную медицинскую организацию. В случае отсутствия в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, врача акушера-гинеколога, врача-уролога (врача-хирурга, прошедшего подготовку по вопросам репродуктивного здоровья) такая медицинская организация привлекает к проведению диспансеризации соответствующих врачей иных медицинских организаций (в том числе на основе выездных форм их работы) с обязательным информированием гражданина о дате и времени работы этих врачей не менее чем за 3 рабочих дня до назначения даты приема (осмотра).

2.1.2. Применение показателей результативности деятельности медицинской организации

Основная цель применения методики стимулирования медицинских организаций – это снижение показателей смертности прикрепленного к ней населения.

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц 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 и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, определяется доля средств от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности с учетом бальной оценки.

При этом размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования определяется по следующей формуле:

$$ОС_{ПН} = ФДП_{Н}^{i} \times Ч_{З}^{i} + ОС_{РД},$$

где:

$ОС_{ПН}$ финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, рублей;

$ОС_{РД}$ объем средств, направляемых медицинским

организациям
в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке (далее – объем средств с учетом показателей результативности), рублей.

$ФДП_{Н}^{i}$ фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций субъекта Российской Федерации проводится Комиссией, частота проведения мониторинга определяется тарифным соглашением, но не реже одного раза в квартал.

Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности рекомендуется производить по итогам года.

При этом выплаты по итогам года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года - ноябрь текущего года (включительно) и включаются в счет за декабрь или ноябрь (по решению субъекта Российской Федерации).

Приложением к Требованиям определен перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций (далее – показатели результативности деятельности).

Показатели результативности деятельности, порядок их применения и объем (доля) финансовых средств, направляемых на осуществление выплат по результатам оценки результативности деятельности медицинских организаций, устанавливаются Тарифным соглашением в соответствии с Требованиями и настоящими рекомендациями. При этом коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами, заключаемыми в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права и регулирующими системы оплаты труда в медицинских организациях, в том числе системы доплат и надбавок стимулирующего характера и системы премирования, необходимо предусмотреть стимулирующие выплаты медицинским работникам за достижение аналогичных показателей.

Рекомендуемая методика включает разделение оценки показателей на блоки, отражающие результативность оказания медицинской помощи – профилактические мероприятия и диспансерное наблюдение разным категориям населения (взрослому населению, детскому населению, акушерско-гинекологической помощи) в амбулаторных условиях.

В случае, когда группа показателей результативности одного из блоков неприменима для конкретной медицинской организации и (или) отчетного периода, суммарный максимальный балл и итоговый коэффициент для соответствующей медицинской организации могут рассчитываться без учета этой группы показателей.

Тарифным соглашением может быть определен порядок применения показателей результативности, а также перечень медицинских организаций (групп медицинских организаций) с указанием показателей результативности, применяемых для указанных медицинских организаций (групп медицинских организаций).

Субъект Российской Федерации вправе использовать при оценке результативности деятельности отдельных медицинских организаций (в том числе оказывающих медицинскую помощь по профилю «Стоматология») дополнительный перечень показателей, дифференцированный с учетом индивидуальных особенностей таких медицинских организаций (профиля, мощности, материально-технической базы, транспортной доступности, возрастной структуры обслуживаемого населения и иных характеристик).

Каждый показатель, включенный в блок (**Приложение № 5**), оценивается в баллах, которые суммируются. Методикой предусмотрена максимально возможная сумма баллов по каждому блоку, которая составляет:

- 19 баллов для показателей блока 1 (взрослое население);
- 7 баллов для показателей блока 2 (детское население);
- 6 баллов для показателей блока 3 (женское население).

В зависимости от результатов деятельности медицинской организации по каждому показателю определяется балл в диапазоне от 0 до 3 баллов.

С учетом фактического выполнения показателей, медицинское организации распределяются на три группы: I – выполнившие до 40 процентов показателей, II – от 40 (включительно) до 60 процентов показателей, III – от 60 (включительно) процентов показателей.

Рекомендуемый порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций представлен в **Приложении № 5.1.** Оценка достижения значений показателей результативности деятельности медицинских организаций оформляется решением Комиссии, которое доводится до сведения медицинских организаций не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности, определятся субъектом Российской Федерации и складывается из двух частей:

1 часть – распределение 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций II и III групп с учетом численности прикрепленного населения.

$$ОС^{j}_{РД(нас)} = \frac{0,7 \times ОС^{j}_{РД}}{\sum Числ},$$

где:

$ОС^{j}_{РД(нас)}$ объем средств, используемый при распределении 70 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 прикрепленное лицо, рублей;

$ОС^{j}_{РД}$ совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

$\sum Числ$ численность прикрепленного населения в j-м периоде ко всем медицинским организациям II и III групп.

В качестве численности прикрепленного населения к конкретной медицинской организации рекомендуется использовать среднюю численность за период. Например, при осуществлении выплат по итогам достижения показателей результативности ежегодно среднюю численность рекомендуется рассчитывать по формуле:

$$Числ^{j}_{i} = \frac{Ч_{мес1}+Ч_{мес2}+\cdots+Ч_{мес11}+Ч_{мес12}}{12},$$

где:

$Ч_{мес}$ среднегодовая численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации в j-м году, человек;

$Ч_{мес1}$ численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число первого месяца j-го года, человек;

$Ч_{мес2}$ численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число второго месяца года, следующего за j-тым, человек;

$Ч_{мес11}$ численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число одиннадцатого месяца j-го года, человек;

$Ч_{мес12}$ численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число двенадцатого месяца j-го года, человек.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию II и III групп за j-тый период при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности ($ОС_{РД(нас)}{}^{j}_{i}$), рассчитывается следующим образом:

$$ОС_{РД(нас)}{}^{j}_{i} = ОС^{j}_{РД(нас)} \times Числ^{j}_{i},$$

где:

$Числ^{j}_{i}$ – численность прикрепленного населения в j-м периоде к i-той медицинской организации II и III групп.

2 часть – распределение 30 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующей период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов.

$$ОС^{j}_{РД(балл)} = \frac{0{,}3 \times ОС^{j}_{РД}}{\sum Балл},$$

где:

$ОС^{j}_{РД(балл)}$ объем средств, используемый при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 балл, рублей;

$ОС^{j}_{РД}$ совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

$\sum Балл$ количество баллов, набранных в j-м периоде всеми медицинскими организациями III группы.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию III группы за j-тый период, при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций ($ОС_{РД(балл)}{}^{j}_{i}$), рассчитывается следующим образом:

$$ОС_{РД(балл)}{}^{j}_{i} = ОС^{j}_{РД(балл)} \times Балл^{j}_{i},$$

где:

$Балл^{j}_{i}$ количество баллов, набранных в j-м периоде i-той медицинской организацией III группы.

Если по итогам года отсутствуют медицинские организации, включенные в III группу, средства, предназначенные для осуществления стимулирующих выплат медицинским организациям III группы, распределяются между медицинскими организациями II группы в соответствии с установленной методикой (с учетом численности прикрепленного населения).

Общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности в медицинскую организацию III группы за j-тый период определяется путем суммирования 1 и 2 частей, а для медицинских организаций I группы за j-тый период – равняется нулю.

Осуществление выплат стимулирующего характера медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, следует производить в полном объеме при условии снижения показателей смертности прикрепленного к ней населения в возрасте от 30 до 69 лет (за исключением смертности от внешних причин) и (или) смертности детей в возрасте от 0-17 лет (за исключением смертности от внешних причин) (далее – показатели смертности прикрепленного населения

(взрослого и детского), а также фактического выполнения не менее 90 процентов, установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно).

В случае, если не достигнуто снижение вышеуказанных показателей смертности прикрепленного населения (взрослого и детского) и (или) выполнения медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи, Комиссия вправе применять понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат.

2.1.3 Особенности оплаты медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

Направлениями использования телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи являются:

- дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой;
- дистанционное взаимодействие медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями.

В соответствии с Программой подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях включается в норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи, за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому.

Для медицинских организаций, в рамках межучрежденческих расчетов и межтерриториальных расчетов установить следующие тарифы на оплату медицинских услуг с применением телемедицинских технологий:

Код услуги (региональный справочник ТФОМС)	форма дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой	Стоимость
R03.001.001	дистанционная консультация в режиме реального времени	517,69
R03.001.002	дистанционная консультация в режиме отсроченной консультации	517,69
R03.001.003	дистанционный консилиум (с участием 2-3 специалистов)	1 553,07
R03.001.004	дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования 1 группы (ультразвуковая, эндоскопическая, функциональная, патологоанатомическое исследование)	517,69

R03.001.005	дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования 2 группы (рентгенодиагностика, КТ, МРТ, ПЭТ, радионуклидная диагностика)	517,69

Оплата медицинской помощи с применение телемедицинских технологий в амбулаторных условиях осуществляется в рамках межучрежденческих расчетов в соответствии с утвержденными тарифами через страховую медицинскую организацию.

При межучрежденческих расчетах применяются единые для всех медицинских организаций тарифы на оплату медицинской помощи.

Медицинской организацией составляется реестр счетов по установленным тарифам на телемедицинские консультации с указанием информации о медицинской организации, получившей телемедицинскую консультацию. Страховые медицинские организации осуществляют оплату услуг на основании представленных реестров счетов и счетов. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации, получившей телемедицинскую консультацию уменьшается на объем средств, перечисленных медицинской организации, оказавшей услугу по проведению телемедицинской консультации.

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

Расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий учитываются путем применения повышающего коэффициента при расчете $КД_{ур}$, используемого при расчете дифференцированных подушевых нормативов в случаях оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц а для медицинских организаций, имеющих в составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию – по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату по всем видам и условиям оказания медицинской помощи.

При этом повышающий коэффициент рассчитывается прямо пропорционально доле медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в общем объеме оказанной медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования.

Показатель объема медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (доля медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в общем объеме оказанной медицинской помощи, финансовое обеспечение	**Повышающий коэффициент к коэффициенту уровня (подуровня)**

которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования), %	
1%	1,01
2%	1,02
Повышающий коэффициент прямо пропорционален доле медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (при увеличении доли оказанной медицинской помощи с применением телемедицинских услуг на 1% повышающий коэффициент увеличивается на 0,01)	

Указанный коэффициент применяется при определении размера коэффициента уровня (подуровня) медицинской организации, применяемого при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях (а для вышеуказанных медицинских организаций – при оплате по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату по всем видам и условиям оказания медицинской помощи) и, в случае его применения, отражается в тарифном соглашении.

Организация оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в медицинских организациях иного субъекта Российской Федерации рекомендуется в случае, если ресурсы медицинских организации для оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в субъекте Российской Федерации либо полностью отсутствуют, либо недостаточны для оказания их в необходимом объеме.

При этом медицинские организации, желающие получить телемедицинскую консультацию, вправе заключить Договор с медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий.

Медицинская организация, оказывающая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, включенную в базовую программу ОМС, после проведения консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий с медицинскими работниками федеральных государственных бюджетных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, оказывающих медицинскую помощь по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, не позднее одного рабочего дня с даты получения консультации размещает посредством информационного ресурса «Телемедицина» Портала ТФОМС Курской области информацию о застрахованных лицах, в отношении которых получены указанные рекомендации, в соответствии с приложением к приказу Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 11 сентября 2017 г.

N 622 «О сети национальных медицинских исследовательских центров» (с изменениями и дополнениями).

При необходимости по медицинским показаниям и в соответствии с клиническими рекомендациями медицинские работники медицинских организаций, расположенных в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах организуют проведение консультации с использованием дистанционных (телемедицинских) технологий с последующим внесением соответствующей информации о проведении и результатах такой консультации в медицинскую документацию пациента.

При проведении страховой медицинской организацией контроля выполнения медицинскими организациями рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий, страховой представитель в течение двух рабочих дней после размещения медицинской организацией на информационном ресурсе территориального фонда сведений о получении рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, обеспечивает проведение очной медико-экономической экспертизы (экспертизы качества медицинской помощи) в соответствии с Порядком организации и проведения контроля.

2.1.4. Особенности оплаты стоматологической помощи в амбулаторных условиях

Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях по тарифам с учетом УЕТ основывается на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечении 2 –х, 3 – х зубов) за одно посещение.

Одно посещение в стоматологических поликлиниках составляет – 4,2 УЕТ, одно обращение в стоматологических поликлиниках – 12,6 УЕТ. За одну УЕТ принимаются 10 минут. При этом для учета случаев лечения используется следующее правило: один визит пациента является одним посещением.

Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной помощи специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) представлен в **Приложении № 20** «Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуги, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико – санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях».

2.1.5.Оплата комплексных услуг

1. Оплата исследования на ПЭТ/КТ ООО «ПЭТ-Технолоджи Диагностика» при направлении пациентов в соответствии с приказом комитета здравоохранения Курской области осуществляется за каждое исследование по утвержденному тарифу, счет и реестр счетов представляются на общих основаниях.

2. Комплексная медицинская услуга лабораторного контроля терапии лекарственными препаратами (непрямые антикоагулянты) включает:

- регулярное определение уровня международного нормализованного отношения (МНО)
- оповещение пациента по результатам анализа
- консультация врача-специалиста по результатам анализа с возможной коррекции дозировок (сосудистый хирург, кардиолог)
- консультация пациентов по телефону «горячей линии».

Оплата услуги осуществляется по утвержденному тарифу, счет и реестр счетов представляются на общих основаниях.

3. Комплексная медицинская услуга по стандарту первичного обследования при бесплодии, выполненная в ОБУЗ «Областной перинатальный центр», включает:

- гистеросальпингография
- ультразвуковое исследование матки и придатков
- исследование уровня дегидроэпиандростерона сульфата в крови
- исследование уровня прогестерона в крови
- исследование уровня общего эстрадиола крови
- исследование уровня общего тестостерона в крови
- исследование уровня пролактина в крови
- исследование уровня лютеинизирующего гормона в сыворотке крови
- исследование уровня фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови
- исследование уровня свободного тироксина (Т4) сыворотки крови
- определение уровня гомоцистеина в крови
- определение уровня антимюллерова гормона
- молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры на хламидии молекулярно-биологическое исследование крови на уреаплазму
- молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры на цитомегаловирус
- молекулярно-биологическое исследование крови на токсоплазмы
- молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры на вирус простого герпеса 1, 2
- молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры на вирус папилломы человека
- исследование тиреотропина сыворотки крови
- спермограмма
- комплексный гемостаз
- определение антиспермальных антител LgG.

Оплата осуществляется по утвержденному тарифу, счет и реестр счетов представляются на общих основаниях.

4. Комплексная медицинская услуга по обследованию беременных высокой группы риска, выполненная в ОБУЗ «Областной перинатальный центр», включает:

- осмотр врача акушера-гинеколога
- осмотр терапевта
- лабораторное обследование (коагулограмма, биохимия крови)
- УЗИ, доплерометрия
- цервикометрия
- КТГ
- консультация эндокринолога, кардиолога, невролога (по показаниям)
- консультация врача-офтальмолога
- консультация медицинского психолога с обучением навыков дыхания с помощью компьютерной программы «Амалтея» (консультация медицинского психолога не учтена в стоимости комплексной услуги)
- перинатальный консилиум.

Оплата осуществляется по утвержденному тарифу, счет и реестр счетов представляются на общих основаниях.

5. Комплексная медицинская услуга по обследованию беременных высокой группы риска с отклонениями в показателях гемостаза, выполненная в ОБУЗ «Областной перинатальный центр», включает:

- определение протромбинового времени
- определение международного нормализованного отношения (МНО)
- определение активного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ)
- определение уровня фибриногена
- определение уровня антитромбина
- определение количества Д-димера
- определение уровня протеина С
- выявление антикоагулянтов волчаночного типа
- исследование агрегации тромбоцитов
- определение РФМК.

Оплата осуществляется по утвержденному тарифу, счет и реестр счетов представляются на общих основаниях.

6. Комплексная медицинская услуга по первичному ультразвуковому скринингу беременных, выполненная в ОБУЗ «Областной перинатальный центр».

Оплата осуществляется по утвержденному тарифу, счет и реестр счетов представляются на общих основаниях.

7. Комплексная медицинская услуга по амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, выполненная в ОБУЗ «Офтальмологическая клиническая больница – офтальмологический центр», включает:

при ретролентальной фиброплазии (ретинопатия недоношенных):

- консультация врача-офтальмолога (прием, осмотр)
- исследование переднего сегмента глаз методом бокового освещения
- исследование сред глаз в проходящем свете
- офтальмоскопия
-тонометрия глаза
- измерение диаметра роговицы
- ультразвуковое исследование глазного яблока и глазницы
- исследование стекловидного тела и сетчатки с использованием непрямого бинокулярного офтальмоскопа и ретинальной педиатрической камеры «RetCam3»

при глаукоме:
- консультация врача-офтальмолога (прием, осмотр)
- визометрия
- исследование переднего сегмента глаз методом бокового освещения
- исследование сред глаз в проходящем свете
- офтальмоскопия
- тонометрия
- биомикроскопия глаза
- гониоскопия
- кератопахиметрия
- тонография
- компьютерная периметрия
- ультразвуковое исследование глазного яблока
- оптическое исследование головки зрительного нерва и слоя нервных волокон сетчатки с помощью оптического когерентного томографа

при возрастной макулярной дегенерации, диабетической ретинопатии и других заболеваний сетчатки:
- консультация врача-офтальмолога (прием, осмотр)
- визометрия
- исследование переднего сегмента глаз методом бокового освещения
- исследование сред глаз в проходящем свете
- офтальмоскопия
- офтальмохромоскопия
- тонометрия
- биомикроскопия глаза
- биомикроскопия глазного дна
- осмотр периферии глазного дна с использованием трехзеркальной линзы Гольдмана
- компьютерная периметрия
- ультразвуковое исследование глазного яблока
- оптическое исследование сетчатки с помощью оптического когерентного томографа

при обследование лиц, направленных в ОБУЗ «Офтальмологическая больница»

(в т.ч. по линии офтальмологической МСЭК и военкоматов):

перечень лечебно-диагностических мероприятий в зависимости от конкретной нозологической формы.

Оплата осуществляется по утвержденному тарифу, счет и реестр счетов представляются на общих основаниях.

8. Комплексная медицинская услуга по диагностике в педиатрии включает:

- консультация врача специалиста по профилю соматической патологии (аллергология-иммунология, гастроэнтерология, гематология, детская кардиология, детская эндокринология, неврология, нефрология, пульмонология, ортопедия-травматология, ревматология, хирургия)
- общий анализ крови
- общий анализ мочи
- биохимический анализ крови (по показаниям),
- иммунологической исследование (по показаниям)
- исследование гемостаза (по показаниям)
- копрологическое исследование (по показаниям)
- функционально-диагностические исследования (ЭКГ, спирометрия, РЭГ, ЭЭГ, нейромиография)
- УЗИ
- компьютерная томография
- рентгенография
- эндоскопия
- пульсоксиметрия.

9. Комплексная медицинская услуга «Консилиум врачей онкологов» служит для определения тактики медицинского обследования и лечения, проводится врачом-онкологом и врачом-радиотерапевтом, с привлечением при необходимости других врачей-специалистов. Решение консилиума врачей оформляется протоколом, подписывается участниками консилиума врачей и вносится в медицинскую документацию больного.

10. Комплексная услуга - ультразвуковой скрининг 2-го триместра беременных, выполненный в ОБУЗ «Областной перинатальный центр», включает: ультразвуковое исследование женских половых органов при беременности (исследование матки, придатков матки), ультразвуковое исследование шейки матки: цервикометрия (форма, длина сомкнутой части, расширение цервикального канала), ультразвуковое исследование внутренних органов плода во втором триместре беременности, в т.ч. плацентометрия, исследование околоплодных вод и пуповины плода, доплерометрическое исследование характеристик кровотока в сосудах матки с определением пульсационного индекса и индекса резистентности.

Оплата осуществляется по утвержденному тарифу, счет и реестр счетов представляются на общих основаниях.

При отсутствии показаний к проведению отдельных видов лабораторных/инструментальных исследований, включенных в комплексную медицинскую услугу, исследования могут не выполняться.

Стоимость и наименования комплексных медицинских услуг утверждена в **Приложении № 4** «Перечень медицинских услуг, диагностических и лабораторных исследований, оплачиваемых за единицу объема в рамках амбулаторно – поликлинической помощи и тарифы на их оплату».

2.1.6 Порядок оказания медицинской помощи отдельным категориям ветеранов боевых действий

Ветеранам боевых действий, указанным в абзацах втором и третьем подпункта "в" пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 3 апреля 2023 г. N 232 "О создании Государственного фонда поддержки участников специальной военной операции "Защитники Отечества" (далее - участники специальной военной операции), оказание медицинской помощи в рамках Программы осуществляется во внеочередном порядке.

В целях организации оказания участникам специальной военной операции первичной медико-санитарной помощи Государственный фонд поддержки участников специальной военной операции "Защитники Отечества" при согласии участника специальной военной операции представляет в территориальный фонд обязательного медицинского страхования конкретного субъекта Российской Федерации сведения о месте нахождения участника специальной военной операции (при наличии такой информации и отличии такого места нахождения от места регистрации участника), его контактные данные, информацию о возможных ограничениях в состоянии здоровья участника специальной военной операции, затрудняющих самостоятельное его обращение в медицинскую организацию, иную информацию о состоянии его здоровья.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования на основании пункта 15 части 2 статьи 44 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" определяет медицинскую организацию, выбранную участником специальной военной операции для получения первичной медико-санитарной помощи, и направляет ей полученную от Государственного фонда поддержки участников специальной военной операции "Защитники Отечества" информацию в целях организации участнику специальной военной операции первичной медико-санитарной помощи во внеочередном порядке.

Медицинская организация, выбранная участником специальной военной операции для получения первичной медико-санитарной помощи, определяет порядок организации таким гражданам первичной медико-санитарной помощи и выделяет отдельного медицинского работника, координирующего предоставление участнику специальной военной операции первичной медико-санитарной помощи во внеочередном порядке. Также руководителем

медицинской организации могут быть выделены фиксированное время и даты приема участников специальной военной операции в целях прохождения ими диспансеризации и диспансерного наблюдения с доведением этой информации до Государственного фонда поддержки участников специальной военной операции "Защитники Отечества", в том числе в целях организации доезда участника специальной военной операции до медицинской организации.

В случае невозможности прибытия участника специальной военной операции в медицинскую организацию медицинская организация, выбранная участником специальной военной операции для получения первичной медико-санитарной помощи, организует выезд к участнику специальной военной операции медицинской бригады, оснащенной необходимыми медицинскими изделиями для проведения соответствующих обследований.

В течение месяца после получения медицинской организацией информации о прибытии участника специальной военной операции в субъект Российской Федерации ему организуется проведение диспансеризации. При проведении участнику специальной военной операции первого этапа диспансеризации врач-терапевт оценивает необходимость предоставления участнику специальной военной операции дополнительных обследований и консультаций специалистов в целях оценки состояния его здоровья. Рекомендуется обеспечить проведение таких дополнительных обследований и консультаций в день осуществления первого этапа диспансеризации. При невозможности проведения таких обследований и консультаций в день проведения первого этапа диспансеризации они проводятся в период, не превышающий:

3 рабочих дней после проведения первого этапа диспансеризации в случае проживания участника специальной военной операции в городском населенном пункте;

10 рабочих дней после проведения первого этапа диспансеризации в случае проживания участника специальной военной операции в сельской местности (поселке городского типа, рабочем поселке) или в отдаленном населенном пункте.

Если участник специальной военной операции нуждается в постоянном динамическом наблюдении за ним со стороны медицинских работников соответствующего профиля и проживает в отдаленном населенном пункте, такое динамическое наблюдение может быть организовано с использованием телемедицинских технологий.

При наличии показаний специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь предоставляется участнику специальной военной операции во внеочередном порядке.

Медицинская реабилитация предоставляется участникам специальной военной операции также во внеочередном порядке в соответствии с положениями, установленными настоящей Программой, в том числе в амбулаторных условиях и на дому. При оказании медицинской реабилитации на дому на период лечения пациенту предоставляются медицинские изделия,

предназначенные для восстановления функций органов и систем, в соответствии с клиническими рекомендациями по соответствующему заболеванию. Медицинская реабилитация, предоставляемая участнику специальной военной операции, при наличии медицинских показаний может включать продолжительную медицинскую реабилитацию (длительностью 30 суток и более).

На всех этапах оказания медицинской помощи участник специальной военной операции имеет право на консультирование медицинским психологом как при самостоятельном обращении, так и по направлению лечащего врача.

2.2 Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по КСГ.

Приложение № 6 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях»

Приложение № 7 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара».

Приложение № 8 «Коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи для медицинских организаций на 2025 год». Уровень (подуровень) отражают 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.

Оплата за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, по КСГ осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень видов ВМП), включенных в базовую программу, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;
- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения по Перечню видов ВМП, не включенных в базовую программу, для которых Программой установлена средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, в случае их включения в территориальную программу обязательного медицинского страхования сверх базовой программы;
- социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения), в случае их включения в территориальную программу обязательного медицинского страхования сверх базовой программы;
- услуг диализа, включающих различные методы.

Все КСГ распределены по профилям медицинской помощи, при этом часть диагнозов, устанавливаемых при различных заболеваниях, хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях.

Исключением являются КСГ, включенные в профили «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия», лечение в рамках которых может осуществляться только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия» соответственно.

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов (классификационных критериев):

a. Диагноз (код по МКБ 10);

b. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 г. № 804н (далее – Номенклатура), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);

c. Схема лекарственной терапии;

d. Международное непатентованное наименование (далее – МНН) лекарственного препарата;

e. Возрастная категория пациента;

f. Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (далее – МКБ-10));

g. 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);

h. Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);

i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

j. Пол;

k. Длительность лечения;

l. Этап лечения, в том числе этап проведения экстракорпорального оплодотворения, долечивание пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), посттрансплантационный период после пересадки костного мозга;

m. Показания к применению лекарственного препарата;

n. Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;

o. Степень тяжести заболевания;

p. 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.

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.

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.

При наличии нескольких хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет наибольшую стоимость.

При отсутствии хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10.

Если пациенту оказывалось оперативное лечение в условиях круглосуточного стационара, но затратоемкость группы, к которой данный случай был отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре, меньше затратоемкости группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10, оплата может осуществляться по группе, сформированной по диагнозу. Исключение составляют КСГ, приведенные в **Приложении № 9** «Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги», и отнесение случая должно осуществляться только на основании кода услуги Номенклатуры. Отнесение данного случая на основании кода диагноза МКБ 10 к терапевтической группе исключается.

К КСГ, включающим оплату медицинской помощи с применением сложных медицинских технологий, в том числе при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности, а также группы с высокой долей расходов на медикаменты и расходные материалы применение понижающих коэффициентов не допускается.

Перечень КСГ, к которым не применяются коэффициенты специфики представлен в **Приложении № 10** «Перечень КСГ, к которым применяются (не применяются) повышающие (понижающие) коэффициенты специфики».

В дневном стационаре возможность выбора между группами, сформированными по диагнозу или услуге не предусмотрена. При оплате медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре, по всем медицинским организациям устанавливается коэффициент уровня оказания медицинской помощи в размере 1,0.

2.2.1 Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара

К прерванным случаям относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);
7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1–7 пункта 2.2.1. настоящего соглашения длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, **Приложение № 11**;
9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, а также случаев лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.016- ds12.021 с длительностью лечения менее количества дней, **Группировщик КСГ.**

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-10, что и диагноз основного заболевания, и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует

критериям оплаты случая госпитализации/лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2–9 пункта 2.2.2 настоящего соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2–4 пункта 2.2.1 данного раздела.

Приложением № 11 «Перечень КСГ, используемый при оплате прерванных случаев оказания медицинской помощи» определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ, перечисленным в **Приложении № 11**, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачиваться в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, за исключением основания, связанного с проведением лекарственной терапии при ЗНО не в полном объеме, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

В случае, если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при 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, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, 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 в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода) составила 3 дня и менее и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, или выполнен тромболизис оплата случая производится в размере 80% от стоимости соответствующей КСГ, определенной тарифным соглашением.

В случае, если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при 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, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, 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 в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода) составила более 3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, или выполнен тромболизис случай оплачивается в размере 90% стоимости соответствующей КСГ, определенной тарифным соглашением.

Перечень КСГ круглосуточного и дневного стационара, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, отражены в Приложении № 11 Таблица 2. «Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию».

В случае, если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при 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, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, 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 в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода) составила 3 дня и менее и при этом хирургическая операция или тромболизис не проводились, случай оплачивается в размере 20% от стоимости соответствующей КСГ, определенной тарифным соглашением.

В случае, если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при 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, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в

ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, 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 в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода) составила более 3 дней и при этом хирургическая операция или тромболизис не проводились), случай оплачивается в размере 50% от стоимости соответствующей КСГ, определенной тарифным соглашением.

2.2.2. Оплата случая лечения по двум и более КСГ:

Медицинская помощь, оказываемая пациентам одновременно по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), 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 относится к прерванным по установленным пунктом 2.2.1. соглашения основаниям;

2. Проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

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

4. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара *(например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2))*;

5. Проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

6. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем 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;

7. Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

8. Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

Выставление случая только по КСГ st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)», без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)» с пересекающимися сроками лечения не допускается.

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

2.2.3. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии

Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов в возрасте 18 лет и старше

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в

случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае указания в схеме), разовую дозу препарата (фиксированная величина или разовая доза в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в «Группировщиках», то для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1–6 пункта 2.2.1 данного раздела соглашения.

В случае снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» в «Группировщиках» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии) схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.2.1 данного раздела соглашения):

- снижение дозы произведено согласно инструкции по применению к химиотерапевтическому препарату или в соответствии с клиническими рекомендациями, в том числе в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- возможность смещения интервала между введениями предусмотрена клиническими рекомендациями, либо необходимость смещения возникла в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Для остальных случаев (в том числе случаев проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) классификационным критерием отнесения к КСГ служит схема sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1 - 6 пункта 2.2.1 данного раздела настоящего соглашения.

Также схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.2.1 данного раздела соглашения) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований случай лечения считать прерванным.

Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D)

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D) (далее - ХВГ) включает в себя: наименование лекарственных препаратов, лекарственную форму, режим дозирования количество дней введения, а также способ введения (в случае указания в схеме).

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.2.1 данного раздела соглашения) в случае проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, способ введения, количество дней введения для инъекционных форм или дней приёма для таблетированных форм, разовую дозу препарата, форму выпуска для препаратов, чей способ введения не меняется в зависимости от формы выпуска, а также слова «поддерживающая терапия» для всех МНН, кроме тех, применение которых не подразумевает выделения этапов инициации и поддерживающей терапии. Для МНН, применение которых не предусматривает этап инициации, как первое введение, так и последующие оплачиваются по КСГ «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1-20)».

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме, в том числе при длительности лечения 3 дня и менее, если она выполнена в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе), а также при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.2.1. данного раздела соглашения.

2.2.4 Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту

Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается только в учреждениях, имеющих лицензию на оказание ВМП.

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 соответствующей КСГ.

В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи с применением метода лечения, включенного в Перечень видов ВМП (**Приложение № 12**), либо после оказания высокотехнологичной медицинской помощи определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения как для специализированной, так и для высокотехнологичной медицинской помощи, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

Если пациенту в момент оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «неонатология» или «детская хирургия в период новорожденности» определяются показания к проведению иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции, то данный случай оплачивается по двум (нескольким) тарифам: в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и по соответствующей КСГ в рамках специализированной медицинской помощи. Кратность применения КСГ «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции» должна соответствовать количеству введений паливизумаба для проведения иммунизации за весь период госпитализации.

Медицинская помощь в неотложной и экстренной формах, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, при оказании детям специализированной либо высокотехнологичной медицинской помощи и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, в соответствии с установленными способами оплаты.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ–10, модели пациента, вида и метода лечения аналогичным параметрам, установленным перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи (**Приложение № 12**), содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (Перечень ВМП). Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу, 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 ВМП, 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.

При выполнении средней длительности лечения не менее 3 дней оплата высокотехнологичной медицинской помощи производится в размере 100% от утвержденной стоимости.

Перечень и стоимость медицинской помощи по ВМП, оказываемой в медицинских учреждениях области, соответствует **Приложению № 12** «Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащий в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи»

К стоимости ВМП не применяются коэффициенты уровня оказания медицинской помощи, коэффициент специфики и коэффициент сложности лечения пациентов.

Объемы высокотехнологичной медицинской помощи (далее ВМП) входят в общие объемы оказания медицинской помощи для медицинской организации. 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.

2.2.5. Особенности формирования и оплаты отдельных КСГ, отдельных медицинских услуг

2.2.5.1. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»

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

Для КСГ st37.001–st37.013, st37.021–st37.026 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 (далее – ШРМ) в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н (зарегистрировано в Минюсте России 25 сентября 2020 г. № 60039). При оценке 2 балла по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 балла 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 субъекте Российской Федерации. При оценке 4–5–6 баллов по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

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, требующих продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем служит оценка степени тяжести заболевания, определяющая сложность и условия проведения медицинской реабилитации. 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 может получать медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

Стоимость КСГ, предусматривающих медицинскую реабилитацию пациентов с заболеваниями центральной нервной системы и заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы увеличена с учетом установления плановой длительности случая реабилитации. Случай реабилитации по КСГ (st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026) длительностью менее предусмотренного соответствующим

классификационным критерием значения является прерванным и оплачивается в соответствии с пунктом 2.2.1. настоящих рекомендаций.

Также, при увеличении стоимости КСГ (st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025) были учтены затраты, связанные с применением роботизированных систем. При этом в целях учета случаев лечения с применением роботизированных систем были добавлены иные классификационные критерии «rbprob4», «rbprob5», «rbrob4d12», «rbrob4d14», «rbrob5d18», «rbrob5d20» включающие, в том числе оценку по шкале реабилитационной маршрутизации и длительность лечения.

Также в целях учета случаев лечения с применением ботулинического токсина добавлены иные классификационные критерии «rbb2»-«rbb5», соответствующие оценке по шкале реабилитационной маршрутизации в сочетании с применением ботулинического токсина.

В целях учета случаев медицинской реабилитации с применением роботизированных систем и введение ботулинического токсина добавлены иные классификационные критерии «rbbprob4», «rbbprob5», «rbbrob4d14», «rbbrob5d20» включающие, в том числе оценку по шкале реабилитационной маршрутизации и длительность лечения.

Применение роботизированных систем и/или введение ботулинического токсина для КСГ не является обязательным.

Оплата первого этапа реабилитации при остром нарушении мозгового кровообращения, операциях на центральной нервной системе и головном мозге, переломах черепа и внутричерепной травме осуществляется с использованием коэффициента сложности лечения пациентов.

Данный коэффициент предусматривает оплату реабилитационных мероприятий при проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5-ти суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации).

КСЛП «Проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов» применяется один раз к случаю лечения, в том числе в случае, если оплата случая лечения осуществляется по двум КСГ.

В случае отсутствия в медицинской организации, к которой пациент прикреплен для получения первичной медико-санитарной помощи, врача по медицинской реабилитации, но при наличии у медицинской организации лицензии на медицинскую реабилитацию врач, предоставляющий пациенту

медицинскую реабилитацию, организует при необходимости проведение консультации пациента врачом по медицинской реабилитации медицинской организации, в том числе с использованием дистанционных (телемедицинских) технологий (видеоплатформ, отнесенных к медицинским изделиям) и с последующим внесением соответствующей информации о проведении и результатах такой консультации в медицинскую документацию пациента.

2.2.5.2.Оплата медицинской помощи при оказании услуг диализа.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа, в условиях дневного стационара – за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в условиях круглосуточного стационара – за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Консервативное лечение хронических болезней почек и их осложнений проводится в амбулаторных условиях, в условиях стационара и дневного стационара, острого почечного повреждения только в условиях стационара.

В рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования за законченный случай лечения в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения.

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.

Учитывая постоянный характер проводимого лечения, осуществляется ведение одной истории болезни стационарного больного в течение календарного года (в том числе и в случае ведения электронной истории болезни), несмотря на количество законченных случаев лечения по данной нозологии у конкретного пациента (с момента начала проведения диализа в текущем году до 31 декабря текущего года).

При проведении экспертизы качества медицинской помощи необходимо оценивать обязательность проведения в полном объеме процедур диализа и проводимого лечения, направленного на профилактику осложнений, помимо процедур диализа.

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну процедуру экстракорпорального диализа и один день перитонеального диализа.

В целях учета объемов медицинской помощи целесообразно учитывать лечение в течение одного месяца как одно обращение (в среднем 13 процедур экстракорпорального диализа, 12-14 в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализа при перитонеальном диализе в течение месяца).

Тарифы на услуги установлены дифференцированно по методам диализа в **Приложении № 13** «Рекомендуемые коэффициенты относительной затратоемкости к базовым тарифам для оплаты диализа (без учета коэффициента дифференциации)».

2.2.5.3. Особенности формирования КСГ по профилю «Акушерство и гинекология»

КСГ №1 (st01.001) «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» может быть подана на оплату только медицинскими организациями, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

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».

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов, в модели КСГ дневного стационара предусмотрены КСГ ds02.008–ds02.011.

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет один день, в связи с чем указанные случаи могут быть оказаны как в условиях дневного стационара, так и в амбулаторных условиях (по решению субъекта Российской Федерации).

2.2.5.4. Особенности формирования КСГ для случаев проведения экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в дневном стационаре

В рамках проведения программы 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 цикла ЭКО возможно осуществление криоконсервации полученных на III этапе эмбрионов.

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

Отнесение к КСГ случаев проведения ЭКО осуществляется на основании иных классификационных критериев «ivf1»-«ivf7», отражающих проведение различных этапов цикла ЭКО (полная расшифровка кодов ДКК представлена в справочнике «ДКК» в пункте 1.1.6 настоящего приложения).

В случае если базовый цикл ЭКО завершен 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)».

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

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

В случае проведения цикла ЭКО с применением криоконсервированных эмбрионов («ivf1»), случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.008 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)».

Средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для оказания медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении представляет собой усредненную стоимость случая ЭКО с учетом проведения у части пациентов неполных циклов и проведения в отдельных случаях полного цикла с криоконсервацией эмбрионов и не эквивалентен стоимости КСГ ds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)».

2.2.5.5. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»

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, количеству 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.

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.

Перечень лекарственных препаратов для проведения противоопухолевой лекарственной терапии, при назначении которых необходимо обязательное проведение молекулярно – генетических исследований установлено **Приложением № 26.**

Особенности оплаты случаев лечения по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times \left((1 - Д_{ЗП}) + Д_{ЗП} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КД\right) + \\ + БС \times КД^{*} \times КСЛП,$$

где:

$БС$	размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;
$КЗ_{КСГ}$	коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
$Д_{ЗП}$	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное **Приложением № 14** «Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ» к настоящему Соглашению);
$КС_{КСГ}$	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае, если

указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);

$КУС_{МО}$ коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462;

КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

Особенности оплаты случаев лечения пациентов в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях

Случаи продолжения лечения пациентов в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях с целью продолжения лечения, которое начато в возрасте до 18 лет, в детской медицинской организации по схемам лекарственной терапии, описанным в клинических рекомендациях для возрастной категории «дети», оплачиваются в рамках клинико – статистических групп заболеваний (далее – КСГ) st08.001 и ds08.001 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети», st08.002 и ds08.002 «Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети», st08.003 и ds08.003 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети».

Классификационным критерием отнесения данного случая к соответствующей КСГ является комбинация кода возрастной категорий пациента «7», отражающего возраст пациента от 0 до 21 года, кода диагноза основного заболевания (код МКБ-10) и кода услуги А25.30.014 «Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей».

Данные случаи требуют проведения медико – экономической экспертизы и, при необходимости, экспертизы качества медицинской помощи.

2.2.5.6. Оплата случаев лечения соматических заболеваний, осложненных старческой астенией

КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией» формируется с учетом двух классификационных критериев – основного диагноза пациента (из установленного Расшифровкой групп

перечня) и сопутствующего диагноза пациента (R54 Старческая астения).

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи по данной КСГ также является лечение на геронтологической профильной койке.

2.2.5.7. Особенности формирования КСГ по профилю «Офтальмология»

Выполнение косметических процедур за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется. В связи с этим оплата по КСГ услуги А16.26.046.001 «Эксимерлазерная фототерапевтическая кератэктомия» осуществляется только при лечении эрозии, язвы роговицы, кератита, помутнения роговицы, возникшего вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности компенсации вызванной ими иррегулярности роговицы с помощью очковой или контактной коррекции, услуг А16.26.046.002 «Эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» и А16.26.047 «Кератомилез» – при коррекции астигматизма или иррегулярности роговицы, возникших вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности их компенсации с помощью очковой или контактной коррекции. Аналогичные принципы применяются для медицинской услуги А16.26.046 «Кератэктомия».

Кодирование медицинского вмешательства по коду услуги А16.26.093 «Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация» возможно только при наличии противопоказаний к имплантации интраокулярной линзы, отраженных в первичной медицинской документации.

Выявление данных случаев необходимо осуществлять в рамках проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.

Кодирование медицинского вмешательства по КСГ st21.006 «Операции на органе зрения (уровень 6)» по коду услуги А16.26.089 «Витреоэктомия» не допускается при проведении передней витреоэктомии - данные вмешательства должны кодироваться по КСГ st21.003 «Операции на органе зрения (уровень 3)» по коду услуги А16.26.089.001 «Витрэктомия передняя».

3. Размеры и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо составляет 19 299,67 руб. из них: скорая медицинская помощь – 1 209,29 руб.; медицинская помощь в амбулаторных условиях – 7 539,03 руб., в том числе: посещения/ комплексные посещения с профилактическими и иными целями – 3 328,80 руб., посещения с профилактическими целями центров здоровья – 77,23 руб., диспансерное наблюдение – 696,51 руб., посещения по неотложной медицинской помощи – 516,91 руб., обращение по поводу заболевания – 2 380,41 руб.,

специализированная медицинская помощь в условиях дневного стационара – 1 963,98 руб., в условиях стационарной помощи – 8 122,43 руб., «Медицинская реабилитация» всего – 464,94 руб., в том числе в условиях стационара – 306,69 руб., в условиях дневного стационара – 75,84 руб., в амбулаторно – поликлинических условиях – 82,41 руб.,

На территории Курской области применяется коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи в размере 1,0, в том числе при расчете дифференцированных нормативов финансирования.

Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов и фельдшерско – акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико – санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения РФ составляет в среднем на 2025 год:

для фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей,- 1 442,9 тыс. рублей;

для фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 901 до 1500 жителей,- 2 885,8 тыс. рублей;

для фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 до 2 000 жителей,- 3 430,6 тыс. рублей.

Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов и фельдшерско – акушерских пунктов, обслуживающих население менее 100 человек установить в размере 721,45 тыс. рублей (применяется понижающий коэффициент - 0,5 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей), обслуживающих более 2 000 человек установить 3 430,6 тыс. руб. (применяется коэффициент – 1,0 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей).

Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов и фельдшерско – акушерских пунктов, в которых при отсутствии акушеров полномочия по работе с женщинами репродуктивного возраста осуществляются фельдшером или медицинской сестрой (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем) устанавливается с учетом повышающего коэффициента, рассчитанного по доле женщин репродуктивного возраста с численностью прикрепленного населения к фельдшерским здравпунктам, фельдшерско – акушерским пунктам (**Приложении № 16**).

Перечень фельдшерских здравпунктов, фельдшерско – акушерских пунктов с указанием диапазона численности обслуживаемого населения и годового размера финансового обеспечения представлен в **Приложении № 16** «Перечень фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов с указанием диапазона численности обслуживаемого населения и годового размера их финансового обеспечения на 2025 год».

Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторно-поликлинической (за исключением неотложной помощи) и скорой медицинской помощи производится исходя из единых подушевых нормативов финансирования для всех медицинских организаций. Размер базового среднедушевого норматива финансирования по амбулаторно – поликлинической помощи (за исключением неотложной помощи, диспансерного наблюдения, проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, диагностических и лабораторных исследований, межтерриториальных расчетов, ЦАОП и др.) составляет 1 539,46 руб., скорой медицинской помощи 1 209,29 руб. Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (без расходов на межтерриториальные расчеты) к базовому нормативу финансирования скорой медицинской помощи 98%, амбулаторно – поликлинической медицинской помощи 45%.

Оплата медицинской помощи в неотложной форме, производится по стоимости 1 посещения по неотложной помощи в размере 983,60 рублей.

Средняя стоимость комплексного посещения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация" составляет 25 427,70 рублей. Дифференцированная стоимость утверждена **Приложение № 17.**

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает 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 – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, за исключением:

- расходов на проведение диспансерного наблюдения в том числе:

диспансерного наблюдения работающих граждан, в том числе по поводу онкологического заболевания, сахарного диабета, болезни системы кровообращения;

диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

диспансерного наблюдения обучающихся в образовательных организациях (старше 18 лет);

- расходов на проведение профилактических медицинских осмотров;
- расходов на проведение диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;
- расходов на оплату второго этапа диспансеризации;

- расходов на оплату школ сахарного диабета;

- расходов на оплату диализа в амбулаторных условиях;

- расходов на оплату позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией;

- расходов на медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях;

- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

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

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой в центрах здоровья;

- расходов на оплату в центрах амбулаторной онкологической помощи;

- расходов на оплату объемов медицинской помощи в консультативных и негосударственных поликлиниках;

- тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID-19);

- расходов на оплату фельдшерских здравпунктов, фельдшерско – акушерских пунктов;

- расходов на оплату комплексных медицинских услуг (Приложение № 4 Таблица 2.);

- расходов на оплату медико – психологического консультирования медицинскими психологами (Приложение 19);

- расходов на оплату диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно – резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно - сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно – генетических исследований и патологоанатомических исследования биопсийного (операционного) материала с целью выявления онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, сцинтиграфии, маммографии с применением ИИ, патолого-анатомического вскрытия (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций (Приложение № 4 Таблица 2.).

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорая (специализированная) медицинская помощь, оказываемую в экстренной форме в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

- 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.

Направление средств, выделенных медицинской организации на оплату скорой медицинской помощи, на оплату расходов в целях оказания иных видов медицинской помощи не допускается.

При установлении размера подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, а также подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, применяются половозрастные коэффициенты:

0 – 1 года мужчины/женщины –1,3067 и 1,3474;

1 – 4 лет мужчины/женщины – 1,2875 и 1,2737;

5 – 17 лет мужчины/женщины –1,2758 и 1,2748;

18 – 64 лет мужчины/женщины – 0,9353 и 0,9092;

65 лет и старше мужчины/женщины – 1,600 и 1,600.

Единые половозрастные коэффициенты, утвержденные на территории Курской области, ежемесячно используются для расчета суммы финансирования медицинских организаций по амбулаторно – поликлинической и скорой медицинской помощи с учетом численности и половозрастного состава населения для каждой медицинской организации.

Для расчета стоимости первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями и их обособленными подразделениями, расположенными в сельской местности, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, применяются следующие коэффициенты дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц: для медицинских организаций, обслуживающих до 20 тысяч человек, - 1,113; для медицинских организаций, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, - 1,04 (далее коэффициенты дифференциации МО, расположенных в местности с численностью населения до 50 тысяч человек).

Для медицинских организаций, имеющих в структуре мобильные медицинские бригады, повышающие коэффициенты в размере 1,1 к тарифам на посещения, обращения, медицинские услуги при оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами.

С учетом коэффициентов уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации) к подушевому нормативу финансирования медицинские организации объединены в однородные уровни (подуровни) по амбулаторно-поликлинической медицинской помощи **Приложение № 18** «Распределение медицинских организаций, оказывающих амбулаторно - поликлиническую и скорую медицинскую помощь по уровням оказания медицинской помощи».

Ежемесячный объем финансирования медицинских организаций по подушевому принципу рассчитывается как произведение численности

прикрепленного населения по состоянию на 01 число отчетного месяца и тарифа на основе подушевого норматива финансирования с учетом коэффициентов половозрастного состава, коэффициентов 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 уровня расходов медицинской организации (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации), коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения Курской области (**Приложение № 18).**

Страховые медицинские организации учитывают численность прикрепившихся лиц на основе Акта сверки численности. Акт сверки численности формируется на основании внесенных медицинскими организациями данных по прикрепленному населению в программный комплекс «АИС ТФОМС Курской области». Детские поликлиники осуществляют передачу медицинской документации на детей, достигших 18-летнего возраста в амбулаторно-поликлинические медицинские организации общей сети (взрослые поликлиники) в течение 10 рабочих дней по территориальному принципу. При формировании Актов сверки численности прикрепленного населения, для расчета подушевого финансирования по детским поликлиникам, в расчет принимается численность детей, не достигших 18-летнего возраста по состоянию на 1 число отчетного месяца. Подушевой норматив перечисляется в медицинские организации из каждой СМО из расчета численности своего застрахованного населения ежемесячно в полном объеме.

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

Стоимость обращения (законченный случай лечения), посещения по заболеванию, посещения с профилактической и иными целями, комплексного посещению по диспансерному наблюдению при оказании амбулаторно-поликлинической помощи в разрезе специальностей устанавливается в **Приложении № 19** «Стоимость обращения (законченный случай лечения), посещения по заболеванию, посещения с профилактической и иными целями, комплексного посещению по диспансерному наблюдению при оказании амбулаторно – поликлинической помощи в разрезе специальностей».

Оплата медицинских услуг Центров здоровья производится по отдельному тарифу за первичное посещение и за повторное посещение Центра здоровья с целью динамического наблюдения, в том числе при повторных исследованиях и осмотрах врача.

В основе расчета КСГ в условиях круглосуточного стационара лежит базовая стоимость случая госпитализации в круглосуточном стационаре в размере 32 120,12 рублей. Средняя стоимость случая госпитализации в круглосуточном стационаре составляет – 51 453,1 рублей, в том числе по онкологическому профилю 96 943,5 рублей, по профилю «медицинская реабилитация» 54 348,0 рублей.

В основе расчета КСГ в условиях дневного стационара лежит базовая стоимость случая госпитализации в дневном стационаре в размере 17 622,00 рублей. Средняя стоимость случая госпитализации в дневном стационаре составляет – 30 277,7 рублей, в том числе по онкологическому профилю 76 153,7 рублей, по профилю «медицинская реабилитация» 28 039,2 рублей.

Средний норматив финансовых затрат на 1 случай экстракорпорального оплодотворения составляет 110 195,6 рублей.

Базовая ставка по медицинской помощи в стационарных условиях составляет 65% от норматива финансовых затрат на один случай госпитализации. Базовая ставка по медицинской помощи в условиях дневного стационара составляет 60% от норматива финансовых затрат на один случай лечения.

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

1. Размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации;
2. Коэффициент относительной затратоемкости;
3. Коэффициент дифференциации (при наличии);
4. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи;
5. Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации;
6. Коэффициент сложности лечения пациента.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (ССксг) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов, порядок оплаты которых установлен Разделом 4.8.1 настоящих рекомендаций) определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + БС \times КД^{*} \times КСЛП,$$

где:

БС — базовая ставка, рублей;

$КЗ_{КСГ}$ — коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;

$КС_{КСГ}$ — коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах в случае, если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);

$КУС_{МО}$ коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 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» - 1,0.

КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости – сумма применяемых КСЛП)

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

Коэффициент относительной затратоемкости определяется на федеральном уровне для каждой КСГ при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара и не может быть изменен при установлении тарифов.

Распределение КСГ в условиях дневного стационара для всех медицинских организаций представлен с учетом коэффициента относительной затратоемкости и коэффициента специфики в **Приложении № 21.**

Коэффициент специфики применяется к КСГ, оказанным в условиях дневного стационара, в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи **(Приложение № 21).**

Распределение КСГ в условиях круглосуточного стационара для всех медицинских организаций представлен с учетом коэффициента относительной затратоемкости и коэффициента специфики в **Приложении № 22.**

К КСГ, включающим оплату медицинской помощи при заболеваниях, лечение которых должно преимущественно осуществляться в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара повышающий коэффициент специфики не применяется. КСГ к которым применяется коэффициент специфики указаны в **Приложении № 10** «Группы, к которым не применяется коэффициент специфики».

К КСГ по профилю «Онкология» и «Детская онкология» управленческий коэффициент не применяется (устанавливается в значении 1), перечень представлен в **Приложении № 10.**

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) - учитывает более высокий уровень затрат на оказание стационарной медицинской помощи пациентам в отдельных случаях.

КСЛП устанавливается на основании объективных критериев, перечень которых, и его значение установлены **Приложением № 23** «Перечень случаев для которых установлен КСЛП».

При расчете окончательной стоимости случая лечения в целях применения КСЛП учитывается возраст пациента **на дату начала госпитализации.**

В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП.

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных **Приложением 23**, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

К отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющим высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающим (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в медицинских организациях различных уровней (например, при аппендэктомии), коэффициент уровня (подуровня) при оплате таких случаев госпитализации/лечения не применяется (принимается равным 1). **Приложение № 25** «Перечень КСГ, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации»

Стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» в составе случая лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара определяется без учета коэффициента дифференциации субъекта Российской Федерации.

Затраты на лечение сопутствующих заболеваний включены в стоимость тарифа и дополнительно в реестр пролеченных больных не включаются.

Комиссия может производить индексацию тарифов в качестве стимулирования приоритетных направлений медицинского обслуживания населения.

Индексация тарифов может производиться в случаях:

изменения доходной части бюджета ТФОМС Курской области;

изменения доли расходования средств на выполнение территориальной программы обязательного медицинского страхования;

изменения количества утвержденных на квартал объемов КСГ для стационарной и стационарзамещающей медицинской помощи;

изменения размеров заработной платы работников медицинских организаций согласно нормативным актам при наличии финансовой возможности бюджета ТФОМС Курской области.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи 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, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, 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 (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 400 тыс. рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда определяются в том числе исходя из потребности в количестве персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги), в соответствии с действующей системой оплаты труда, включая денежные выплаты стимулирующего характера врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях; медицинским работникам фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях; врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации; врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Курской области, в том числе в приоритетном порядке медицинских работников, оказывающих первичную медико – санитарную помощь и скорую медицинскую помощь.

Доходы по всем видам медицинской помощи, полученные медицинской организацией в рамках обязательного медицинского страхования, учитываются в общем объеме, расходуются в разрезе видов медицинской помощи.

Расходы денежных средств обязательного медицинского страхования медицинских организаций на медикаменты и перевязочные средства должны обеспечивать пациентов при оказании стационарной, скорой и неотложной медицинской помощи лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения, включенными в формулярный перечень в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи и перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

4. Контроль объемов и качества медицинской помощи. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи.

С учетом представленных реестров счетов ТФОМС Курской области , страховые медицинские организации осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2019 N 108н (в последующих редакциях) "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования", Приказом МЗ РФ от 19 марта 2021 N 231н (в последующих редакциях), "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения".

Контроль осуществляется путем проведения:

- медико-экономического контроля,
- медико-экономической экспертизы,
- экспертизы качества медицинской помощи.

Медико-экономический контроль проводится территориальным фондом – в соответствии с договором по обязательному медицинскому страхованию в течение пяти рабочих дней после представления медицинскими организациями реестров счетов на оплату медицинской помощи в сроки, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Выявленные в реестрах счетов нарушения отражаются в заключениях о результатах медико-экономического контроля по случаю оказания медицинской помощи и по счету на оплату медицинской помощи с указанием суммы неоплаты и (или) уменьшения оплаты оказанной медицинской помощи и суммы выставленных штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества медицинской помощи осуществляется в соответствии с Приказом МЗ РФ от 19 марта 2021 N 231н (в последующих редакциях).

При проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи медицинская организация предоставляет специалистам-экспертам и экспертам качества медицинской помощи в течение десяти рабочих дней после получения соответствующего запроса медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа (при наличии), учетно-отчетную документацию, результаты внутреннего и ведомственного (при наличии) контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

При проведении страховой медицинской организацией контроля выполнения медицинскими организациями рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, при проведении данных консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий, страховой представитель в течение двух рабочих дней после размещения медицинской организацией на информационном ресурсе территориального фонда сведений о получении рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, обеспечивает проведение очной медико-экономической экспертизы в соответствии с Порядком организации и проведения контроля.

Экспертиза качества медицинской помощи по случаям оказания застрахованным лицам медицинской помощи с применением рекомендаций, полученных в ходе телемедицинских консультаций/консилиумов, проводится страховой медицинской организацией.

Территориальный фонд, страховая медицинская организация доводит до медицинской организации заключения по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи не позднее пяти рабочих дней со дня завершения соответственно медико - экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи. Возможно ведение электронного документооборота между субъектами контроля путем обмена документами в форме электронных документов с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи.

В случае, когда заключение по результатам контроля доставляется в медицинскую организацию лично представителем страховой медицинской организации/территориального фонда, на всех экземплярах заключений ставится отметка о получении с указанием даты и подписью получателя. При отправке заключения по почте, указанный документ направляется заказным письмом (с составлением описи) с уведомлением.

По результатам контроля в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи и/или уменьшения оплаты медицинской помощи **Приложение № 24** «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)»:

1) неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи в виде:

- исключения позиции из реестра счетов, подлежащих оплате объемов медицинской помощи;

- уменьшения сумм, представленных к оплате, в процентах от стоимости оказанной медицинской помощи по страховому случаю;

2) уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

3) возврат сумм, не подлежащих оплате, в страховую медицинскую организацию, территориальный фонд в соответствии с договором по обязательному медицинскому страхованию.

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, территориальный фонд в соответствии с договором по обязательному медицинскому страхованию, перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи.

«Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям:

В случаях применения кода нарушения/дефекта **2.16.1**, размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$Н = (РТ_1 - РТ_2) + РТ_2 \times К_{но},$$

где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

$РТ_1$ - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

$РТ_2$ - размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу)

$К_{но}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи Приложение № 24.

Размер штрафа в случаях применения кода нарушения/дефекта **2.16.1**, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($С_{шт}$), рассчитывается по формуле:

$$Сшт = РП \times Кшт,$$

где:

Сшт - размер **штрафа** за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества при применении кода нарушения/дефекта **2.16.1**;

РП - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи

Кшт – коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, действующий на дату проведения МЭЭ, ЭКМП, устанавливается в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи **Приложение № 24.».**

Согласно пункту 155 Правил ОМС Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($С_{шт}$), рассчитывается по формуле:

$$С_{шт} = РП \times К_{шт}, \text{ где:}$$

$С_{шт}$ – размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

РП – установленный тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от условий оказания медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи;

РП в амбулаторных условиях:

- с профилактическими и иными целями – 3 328,80 руб.;
- в неотложной форме – 531,14 руб.;
- в связи с заболеваниями – 2 360,13 руб.
- посещения с профилактическими целями центров здоровья – 77,23 руб.;
- проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований – 616,40 руб.;

РП при оплате диспансерного наблюдения – 696,51 руб.

РП при оплате скорой медицинской помощи вне медицинской организации – 1 244,94 руб.

РП в стационарных условиях, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – 9 081,42 руб.

РП в условиях дневного стационара в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, - 2 039,11 руб.

$К_{шт}$ – коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП, устанавливается в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи **Приложение № 24.**

При наличии в одном и том же случае оказания медицинской помощи двух и более оснований для отказа в оплате медицинской помощи или уменьшении оплаты медицинской помощи, к медицинской организации применяется одно – наиболее существенное наказание, влекущее больший размер неоплаты.

При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного ТФОМС Курской области медико-экономического контроля, медицинская организация вправе доработать и представить отклоненные ранее от оплаты счета и реестры счетов не позднее двадцати пяти рабочих дней от даты получения акта от ТФОМС Курской области.

5. Заключительные положения

5.1. Тарифное соглашение заключается на один финансовый год и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года.

5.2. В тарифное соглашение вносятся изменения:

а) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, в части включения (исключения) медицинских организаций;

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

в) при внесении изменений в настоящие Требования, приводящие к изменению структуры и содержания тарифного соглашения;

г) 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 уменьшению оплаты медицинской помощи;

д) 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.

5.3. Внесение изменений в тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

Подписи сторон:

Врио Министра здравоохранения Курской области — Е.В. Письменная

Врио заместителя министра здравоохранения Курской области — Е.В. Агаркова

Директор ТФОМС Курской области — А.В. Курцев

Заместитель директора по экономическим вопросам ТФОМС Курской области — С.Е. Шестерякова

Главный врач ОБУЗ «Курская областная станция скорой медицинской помощи» — К.В. Хруслов

Начальник Федерального казенного учреждения здравоохранения «Медико – санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Курской области» — С.А. Сироткин

Директор АОСП ООО Страховая компания «Ингосстрах-М» филиал в городе Курск — И.А. Карманова

Директор Курского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ - Мед» Д.Б. Новиков

Председатель Курской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации С.В. Охотникова

Начальник отдела межтерриториальных расчетов и мониторинга профилактических мероприятий территориального фонда обязательного медицинского страхования Курской области М.В. Баланина

Член президиума, член комитета Курской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Т.Ю. Балеевских

Директор Курского филиала ООО «МСК «ИНКО-МЕД» И.Ю. Петрова

Заместитель министра финансов и бюджетного контроля Курской области Л.В. Гапонова

Член Ассоциации «Курская Врачебная Палата» И.В. Коломиец

Главный врач ОБУЗ «Солнцевско – Мантуровская центральная районная больница» Р.Г. Путинцев

Заместитель председателя Курской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации — Е.В. Мирошник

Президент Ассоциации «Курская Врачебная Палата» — С.М. Шевченко

Член Ассоциации «Курская Врачебная Палата» — Н. Н. Парфенцева