

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
на оплату медицинской помощи
в системе обязательного медицинского страхования
Курской области на 2022 год

г. Курск

«14» января 2022 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 Российской Федерации от 28.12.2021 №2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» (далее Программа),

Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2019 № 108н (в последующих редакциях),

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 (протокол заседания от 29 декабря 2020 г. № 06/11/8) и направленными 30.12.2020 года совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/И/2-20621 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 00-10-26-2-04/11-51,

Постановлением Администрации Курской области от 19.01.2015 № 9-па «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Курской области» (в редакции постановления Администрации Курской области от 18.11.2021 №1215-па)

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:

председателя комитета здравоохранения Курской области Письменной Екатерины Васильевны (председатель комиссии),
заместителя председателя комитета 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 городская 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 Курского филиала ООО Страхования компания «Ингосстрах-М» Кармановой Ирины Александровны,
директора Курского филиала АО «Страхование 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.

Термины и определения

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

Случай госпитализации – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ) – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов);

Клинико-профильная группа (КПГ) – группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи;

Оплата медицинской помощи по КСГ (КПГ) – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратно-емкости и поправочных коэффициентов;

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

Коэффициент относительной затратно-емкости – устанавливаемый настоящими рекомендациями коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний 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 отдельных территорий, используемый в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации;

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 клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе заболеваний;

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

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

Коэффициент сложности лечения пациентов – устанавливаемый на территориальном 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 клинико-статистической группы заболеваний – группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний 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 клинико-статистической группе, 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

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 со 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, утвержденных Комиссией.

Приложение № 1 «Перечень медицинских организаций Курской области, участвующих в реализации территориальной программы ОМС на 2022 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, которая оказывается 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 ведется нарастающим итогом.

Оплата сверх утвержденных объемов за счет средств обязательного медицинского страхования не производится.

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

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Курской области (далее 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.

Счета – реестры за пролеченных граждан, застрахованных на территории других субъектов РФ, предоставляются медицинскими организациями в адрес ТФОМС Курской области при стационарном лечении и лечении в условиях дневного стационара - по стоимости КСГ/медицинской услуги, при оказании иногородним застрахованным гражданам амбулаторно-поликлинической и скорой помощи - по стоимости соответствующего посещения/обращения/вызова/медицинской услуги, утвержденной настоящим Соглашением.

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 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).

- 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.

Медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью (посещение центра здоровья, в связи с диспансеризацией определенных групп населения, профилактическим осмотром, патронажем), посещений с иными целями, разовых посещений в связи с заболеваниями, посещений в неотложной форме, а также обращений в связи с заболеваниями.

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 тариф стационарной медицинской помощи и дополнительно не оплачиваются.

На территории Курской области применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по

обязательному медицинскому страхованию, 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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях 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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), **Приложение № 4** «Перечень медицинских услуг, диагностических и лабораторных исследований, оплачиваемых за единицу объема в рамках амбулаторно – поликлинической помощи и тарифы на их оплату»;

- углубленной диспансеризации;

- по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии,

ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), (далее Исследования)) 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 комитета здравоохранения Курской области. Учет Исследований ведется по законченному случаю в объеме обращений по заболеваниям утвержденному на 2022 год.

При патологоанатомических исследований 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 в случае:

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

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

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

Страховые медицинские организации осуществляют контроль за назначением и направлением на Исследования в соответствии с законодательством Российской Федерации. Оплата Исследований осуществляется при наличии направления на Исследования.

2.1.1 Способы оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях в медицинских организациях, имеющих прикрепленное население.

Приложение № 2 «Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, имеющих прикрепленное население на 2022 год».

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в медицинских организациях, имеющих прикрепленное население, осуществляется:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

- отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), **Приложение № 4** «Перечень медицинских услуг, диагностических и лабораторных исследований, оплачиваемых за единицу объема в рамках амбулаторно – поликлинической помощи и тарифы на их оплату»;

- углубленной диспансеризации.

2.1.2 Способы оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях в медицинских организациях, не имеющих прикрепленное население.

Приложение № 3 «Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, не имеющих прикрепленное население на 2022 год».

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения, осуществляется:

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

- отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), **Приложение № 4** «Перечень медицинских услуг, диагностических и лабораторных исследований, оплачиваемых за единицу объема в рамках амбулаторно – поликлинической помощи и тарифы на их оплату»;

2.1.3. Оплата диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, диспансерного наблюдения.

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерством здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью», и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

Учет объемов ведется по законченному случаю в объеме посещений с профилактической целью, утвержденному на 2022 год.

Случай профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних считается законченным и подлежит оплате при выполнении 100% объема осмотров и исследований по возрасту и полу в соответствии с приложением № 1 Порядка.

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, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно приложению N 17.

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 вторых этапов профилактических мероприятий входит в объем профилактических посещений медицинской организации, предусмотренный на 2022 год, учитывается в составе подушевого финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

Оплата диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития входит в объем профилактических посещений медицинской организации, предусмотренный на 2022 год, учитывается в составе подушевого финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

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.

2.1.4. Применение показателей результативности деятельности медицинской организации

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и

патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

При этом размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу определяется по следующей формуле:

$$ОС_{ПН} = ФДП_{Н}^i \times Ч_3^i + ОС_{РД}, \text{ где:}$$

$ОС_{ПН}$ финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, рублей;

$ОС_{РД}$ объем средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей.

Оценка медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью осуществления выплат стимулирующего характера осуществляется ежегодно, по итогам работы за отчетный год.

Доля средств, направленных на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, устанавливается в размере 2% от месячной суммы подушевого финансирования амбулаторно – поликлинической помощи медицинских организаций.

Приложением № 5 определен перечень показателей результативности и целевые значения показателей результативности деятельности медицинских организаций.

2.1.5 Оплата телемедицинских консультаций

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.

Для медицинских организаций, в рамках межучрежденческих расчетов и межтерриториальных расчетов установить отдельные тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в следующих размерах:

Код услуги (региональный справочник ТФОМС)	форма дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой	Стоимость
R03.001.001	дистанционная консультация в режиме реального времени	440,21
R03.001.002	дистанционная консультация в режиме отсроченной консультации	440,21
R03.001.003	дистанционный консилиум (с участием 2-3 специалистов)	1320,62
R03.001.004	дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования 1 группы (ультразвуковая, эндоскопическая, функциональная, патологоанатомическое исследование)	440,21
R03.001.005	дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования 2 группы (рентгенодиагностика, КТ, МРТ, ПЭТ, радионуклидная диагностика)	440,21

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

Расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий учитываются путем применения повышающего коэффициента к коэффициенту 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 и по всем

видам и условиям оказания медицинской помощи, рассчитываемого 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 которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования), %	Повышающий коэффициент к коэффициенту уровня (подуровня)
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 и по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, и, в случае его применения, отражается в тарифном соглашении.

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 в редакции от 20.01.2020 N 30 «О сети национальных медицинских исследовательских центров».

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. При этом экспертиза качества медицинской помощи проводится в объеме не менее семидесяти процентов от числа принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи с применением телемедицинских консультаций/консилиумов.

2.1.6. 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 уреоплазму
- 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 обследовании 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),
- иммунологическое исследование (по показаниям)
- исследование гемостаза (по показаниям)
- копрологическое исследование (по показаниям)
- функционально-диагностические исследования (ЭКГ, спирометрия, РЭГ, ЭЭГ, нейрмиография)
- 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.

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

* Примечание: 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**.

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»

В соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, одобренными решением рабочей группы Министерства здравоохранения РФ (протокол заочного заседания членов рабочей группы от 29 декабря 2020 г. № 06/11/8) медицинские организации в разрезе трех уровней оказания медицинской помощи разделены на подуровни, отражающие 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. **Приложение № 8 «Коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи для медицинских организаций на 2022 год».**

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

– заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи;

– заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, для которых Программой установлена средняя стоимость оказания медицинской помощи, в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

– социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым

путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения), в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

– 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. При оплате медицинской помощи в подобных случаях отнесение КСГ к конкретной КПП не учитывается.

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 затратноёмкость 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 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);
- c. Схема лекарственной терапии;
- d. МНН лекарственного препарата;
- e. Возрастная категория пациента;
- f. Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по 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;
- 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 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).

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях)) применяются следующие способы оплаты:

– за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний);

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

– за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, определенным примерным перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний) с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, приведенным в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

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 затратногруппы, к которой данный случай был отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре, меньше затратногруппы, 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 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 лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения;

6. случаи лечения, закончившиеся летальным исходом;

7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным в Приложении № 11.

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, и не соответствует критериям оплаты случая лечения по 2 КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию прерванности 2 не производится.

Приложением № 11 «Перечни КСГ, используемые 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 (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения по основаниям 1-7) по КСГ, перечисленным в **Приложении № 11**, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основанию 8 и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

В случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований) составила 3 дня и менее и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, или выполнен тромболитический тромболизис оплата случая производится в размере 80% от стоимости соответствующей КСГ, определенной тарифным соглашением.

В случае если длительность госпитализации при прерванном случае

лечения (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований) составила более 3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, или выполнен тромболитический 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 переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований) составила 3 дня и менее и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, или выполнен тромболитический оплата случая производится в размере 80% от стоимости соответствующей КСГ, определенной тарифным соглашением.

В случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований) составила более 3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, или выполнен тромболитический случай оплачивается в размере **90%** стоимости соответствующей КСГ, определенной тарифным соглашением.

В случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований) составила 3 дня и менее и при этом хирургическая операция или тромболитический не проводились, случай оплачивается в размере 20% от стоимости соответствующей КСГ, определенной тарифным соглашением.

В случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (перевод пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований) 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 по двум КСГ осуществляется в следующих случаях:

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 основаниям прерванности;

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;

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

8. Проведение первой 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 не допускается.

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

Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении 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), разовая доза препарата (фиксированная величина или 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 Группировщике, 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 1-6.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям прерванности) в следующих случаях:

1. При условии проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике;

2. При условии снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (при этом общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии):

- снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией к химиотерапевтическому препарату в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- увеличение интервала между введениями произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

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 считать случай лечения прерванным.

Все остальные случаи (в том числе случаи проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) являются прерванными и оплачиваются в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения.

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

2.2.3. Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования

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

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи.

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

Перечень 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, управленческий коэффициент 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.

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

Особенности формирования и оплаты отдельных КСГ, отдельных медицинских услуг по профилю «Офтальмология»

Выполнение косметических процедур за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

В связи с этим оплата по КСГ услуги **A16.26.046.001** «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 **A16.26.046.002** «Эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» и **A16.26.047** «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 **A16.26.046** «Кератэктомия».

Кодирование медицинского вмешательства по коду услуги **A16.26.093** «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.

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 1 день, в связи с чем указанные случаи могут быть оказаны как в условиях дневного стационара, так и в амбулаторных условиях (по решению субъекта РФ).

Особенности формирования и оплата случаев проведения отдельных этапов экстракорпорального оплодотворения (ЭКО)

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

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

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

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

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

В случае проведения первых трех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов («ivf5»), а также проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов 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 ЭКО с

последующей криоконсервацией эмбрионов («ivf7»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.011 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4)».

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

Оплата медицинской помощи с применением методов 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.

При проведении диализа в условиях стационара или дневного стационара стоимость услуг диализа, с учетом их фактического выполненного количества, является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

Учитывая единственный, законодательно установленный, способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара – законченный случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество процедур в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования за единицу объема 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.

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).

При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников.

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)».

Поправочные коэффициенты к стоимости услуг не применяются.

Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»

Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного, а также дневного стационаров 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-st37.023 в стационарных условиях и для КСГ ds37.001-ds37.008, ds37.015-ds37.016 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Шкала реабилитационной маршрутизации установлена порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими

заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

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

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.

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, и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, в соответствии с установленными способами оплаты.

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.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ 10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным Программой перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень ВМП). Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования,

осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню 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.

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, количества дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

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

Оптимальная длительность госпитализации в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ составляет 1 день, в связи с чем указанные случаи могут быть оказаны как в условиях дневного стационара, так и в амбулаторных условиях.

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.

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:

$$CC_{\text{КСГ}} = BC \times KZ_{\text{КСГ}} \times ((1 - D_{\text{ЗП}}) + D_{\text{ЗП}} \times PK \times KD) + BC \times KD \times KСЛП, \text{ где:}$$

- BC размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;
- $KZ_{\text{КСГ}}$ коэффициент относительной затратно-емкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
- $D_{\text{ЗП}}$ доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (Приложение № 14);
- PK поправочный коэффициент оплаты КСГ (интегрированный коэффициент, рассчитываемый на региональном уровне);
- KD коэффициент дифференциации – 1,0;
- KСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых KСЛП).

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

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

Оплата указанных случаев осуществляется в соответствии со следующими правилами:

1. В случае, если пациенту оказывается медицинская помощь в соответствии с классификационными критериями, присутствующими в Группировщике, (в том числе схема лекарственной терапии, хирургическое вмешательство, возрастная группа пациента) оплата осуществляется по КСГ, выбранной по общим правилам отнесения случаев к КСГ.

2. В случае, если пациенту проводится лекарственная терапия, которую невозможно отнести к определенной схеме лекарственной терапии, оплата осуществляется по КСГ по профилю «детская онкология», выбранной в зависимости от диагноза пациента.

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.

2.3. Оплата скорой медицинской помощи

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

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».

3. Размеры и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо составляет 13 501,40 руб. из них: скорая медицинская помощь – 823,88 руб.; медицинская помощь в амбулаторных условиях – 5 270,64 руб., в том числе: посещения/ комплексные посещения с профилактическими и иными целями – 1 984,48 руб., посещения по неотложной медицинской помощи – 383,98 руб., обращение – 2 849,45 руб., обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» - 52,72 руб.; специализированная медицинская помощь в стационарных условиях – 5 847,36 руб.; медицинская помощь в условиях дневного стационара – 1 559,52 руб.

На территории Курской области применяется коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи в размере 1,0.

Размер финансового обеспечения фельдшерских, 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:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей,- 1 087,7 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей,- 1 723,1 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2 000 жителей,- 1 934,9 тыс. рублей.

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско – акушерских пунктов, обслуживающих население менее 100 человек установить в размере 543,9 тыс. рублей, обслуживающих более 2000 человек установить 1 934,9 тыс. руб.

Перечень фельдшерских и фельдшерско – акушерских пунктов с указанием диапазона численности обслуживаемого населения и годового размера финансового обеспечения представлен в **Приложении № 16** «Перечень фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов с указанием диапазона численности обслуживаемого населения и годового размера их финансового обеспечения на 2022 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) составляет 2 926,23 руб., скорой медицинской помощи 814,53 руб. Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (без расходов на межтерриториальные расчеты) к базовому нормативу финансирования скорой медицинской помощи 0,9565, амбулаторно – поликлинической медицинской помощи 0,5434.

Оплата медицинской помощи в неотложной форме, производится по стоимости 1 посещения по неотложной помощи в размере 713,7 рублей.

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 оплату диализа 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 фельдшерских, фельдшерско – акушерских пунктов;

- 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.

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.)	Коэффициент стоимости комплексного посещения к базовой стоимости комплексного посещения в рамках профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних
1 посещение по профилактике	новорожденные, 2, 4, 5,6,7, 8, 9, 10, 11 месяцев, 1 год 3мес., 1 год 6 мес.	418,30	0,2075
2 посещения по профилактике	3 мес., 2 года, 4 года, 5 лет, 8 лет, 9 лет, 11 лет, 12 лет	836,70	0,4151
3 посещения по профилактике	13 лет, 14 лет	1 254,80	0,6225
5 посещений по профилактике	1 мес., 7 лет	2 091,40	1,0375
6 посещений по профилактике	12 мес., 10 лет	2 509,80	1,2450
7 посещений по профилактике	3 года	2 928,10	1,4525
9 посещений по профилактике	6 лет, 15 лет, 16 лет, 17 лет	3 991,10	1,9798
Средняя стоимость комплексного посещения		3 764,70	

Стоимость законченного случая диспансеризации для детей в возрасте от 0 до 17 лет устанавливается в размере **3 906,00** рублей.

Оплата первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения:

пол	Возраст	Стоимость комплексного посещения в рамках 1 этапа диспансеризации (руб.)	Коэффициент стоимости комплексного посещения к базовой стоимости комплексного посещения в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения
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	1 340,60	0,5379
М	40,42,44,46,48,52,54,56,58,62,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75	1 669,00	0,6696
М	55	2 346,00	0,9412
М	50,60,64,	2 503,50	1,0044
М	45	3 187,30	1,2788
М	Средняя стоимость	1 627,70	
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	1 669,00	0,6696
Ж	18,21,24,27,30,33,36,39,51,57,63,65,67,69,71,73,75	2 260,50	0,9069
Ж	40,44,46,50,52,56,58,62,64,66,68,70,72,74	3 254,80	1,3058
Ж	42,45,48,54,60	3 412,30	1,3690
Ж	Средняя стоимость	2 469,80	

Оплата комплексного посещения по профилактическому осмотру взрослого населения:

пол	Возраст	Стоимость комплексного посещения в рамках профилактического осмотра (руб.)	Коэффициент стоимости комплексного посещения к базовой стоимости комплексного посещения в рамках профилактических осмотров взрослого населения
М	18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,41,43,47,49,51,53,57,59,61,63,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99...	1 149,50	0,5702
М	40,42,44,46,48,52,54,56,58,62,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75	1 463,10	0,7258

М	45,50,55,60,64	2 196,00	1,0893
М	Средняя стоимость	1 387,90	
Ж	18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38	1 464,10	0,7263
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	1 977,60	0,9810
Ж	40,42,44,45,46,48,50,52,54,56,58,60,62,64,66,68,70,72,74	2 677,50	1,3282
Ж	Средняя стоимость	2 167,90	

Размер базового норматива финансовых затрат на оплату профилактических медицинских осмотров составляет 2 015,90 руб., на оплату диспансеризации – 2 492,50 руб.

Стоимость исследований и иных медицинских вмешательств по углубленной диспансеризации отражены в **Приложении N 17** «Перечень и стоимость исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации».

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 329,0 руб.

Стоимость посещений в рамках диспансерного наблюдения соответствует стоимости одного профилактического посещения в размере 329,0 руб.

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.

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 дифференциации:

- 0 – 1 года мужчины/женщины – 2,022 и 1,957;
- 1 – 4 лет мужчины/женщины – 1,175 и 1,317;
- 5 – 17 лет мужчины/женщины – 1,168 и 1,145;
- 18 – 64 лет мужчины/женщины – 0,598 и 0,874;
- 65 лет и старше мужчины/женщины – 1,6 и 1,6.

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, устанавливаются повышающие коэффициенты в размере 1,05 к тарифам на посещения, обращения, медицинские услуги при оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами.

С учетом уровня расходов на содержание медицинской организации и отдельных ее структурных подразделений, особенностей расселения и плотности прикрепленного населения обслуживаемой территории, достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения медицинские организации объединены в однородные группы (подгруппы), на основании чего к подушевому нормативу применяются дифференцированные коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи к подушевому нормативу финансирования по амбулаторно-поликлинической медицинской помощи **Приложение № 18** «Распределение медицинских организаций, оказывающих амбулаторно - поликлиническую и скорую медицинскую помощь по уровням оказания медицинской помощи».

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций по подушевому нормативу финансирования применяется поправочный коэффициент – 1,0.

При расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций применяется коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи в размере 1,0.

При расчете подушевого финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, не учитывается стоимость объемов посещений в консультативных и негосударственных поликлиниках, оказания медицинской помощи в неотложной форме, гемодиализа, посещений Центров здоровья, Исследований, средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, стоимость объемов медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях вне территории страхования.

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

половозрастных коэффициентов дифференциации, коэффициентов дифференциации МО, расположенных в местности с численностью населения до 50 тысяч человек, коэффициента уровня оказания медицинской помощи к подушевому нормативу финансирования, поправочного коэффициента к дифференцированному подушевому нормативу финансирования.

С учетом уровня расходов на содержание медицинской организации и отдельных ее структурных подразделений, половозрастных коэффициентов, особенностей расселения и плотности прикрепленного населения обслуживаемой территории, достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения медицинские организации объединены в однородные уровни (подуровни), на основании чего к подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи применяются коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи (**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 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 при оказании амбулаторно – поликлинической помощи в разрезе специальностей».

Одно посещение в стоматологических поликлиниках составляет – 4,2 УЕТ, одно обращение в стоматологических поликлиниках – 12,6 УЕТ. За одну УЕТ принимается 10 минут. При этом для учета случая 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».

Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях с учетом УЕТ основывается на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечении двух, трех зубов) за одно посещение.

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. Сведения о деятельности Центра здоровья представляются в утвержденном порядке.

В основе расчета КСГ в условиях круглосуточного стационара лежит базовая стоимость случая госпитализации в круглосуточный стационар в размере 19 403,54 рублей. Средняя стоимость случая госпитализации в круглосуточный стационар составляет – 37 314,5 рублей, в том числе по онкологическому профилю 101 250,1 рублей, по профилю «медицинская реабилитация» 38 662,5 рублей.

В основе расчета КСГ в условиях дневного стационара лежит базовая стоимость случая госпитализации в дневной стационар в размере 11 132,50 рублей. Средняя стоимость случая госпитализации в дневной стационар составляет – 23 192,7 рублей, в том числе по онкологическому профилю 79 186,3 рублей.

Средний норматив финансовых затрат на 1 случай экстракорпорального оплодотворения составляет 124 728,5 рублей.

Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления стационарной медицинской помощи к базовой ставке 0,52, по стационарзамещающей медицинской помощи 0,48.

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

1. Размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации;
2. Коэффициент относительной затратноемкости;
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 (ССкcg) 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:

$$CC_{\text{КСГ}} = \text{БС} \times \text{КД} \times (\text{КЗ}_{\text{КСГ}} \times \text{КС}_{\text{КСГ}} \times \text{КУС}_{\text{МО}} + \text{КСЛП}), \text{ где:}$$

- БС базовая ставка, рублей;
- $\text{КЗ}_{\text{КСГ}}$ коэффициент относительной затратно-емкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;
- $\text{КС}_{\text{КСГ}}$ 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);
- $\text{КУС}_{\text{МО}}$ коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
- КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 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)

Коэффициент относительной затратно-емкости 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 затратно-емкости 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 затратно-емкости 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.

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, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на

приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

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 и 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 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 осуществляется ТФОМС Курской области 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.

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 пяти 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 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. При этом экспертиза качества медицинской помощи проводится в объеме не менее семидесяти процентов от числа принятых к оплате случаев оказания медицинской помощи с применением телемедицинских консультаций/консилиумов.

Результаты контроля объемов и качества медицинской помощи в форме актов в течение 5 рабочих дней передаются в медицинскую организацию. Возможно ведение электронного документооборота между субъектами контроля с использованием электронно-цифровой подписи.

В случае, когда акт доставляется в медицинскую организацию лично представителем СМО или ТФОМС Курской области, на всех экземплярах акта ставится отметка о получении с указанием даты и подписью получателя. При отправке акта 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)»:

а) 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;

возврата сумм, не подлежащих оплате, в страховую медицинскую организацию;

б) уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (по страховому случаю, при котором выявлены дефекты медицинской помощи и/или нарушения при оказании медицинской помощи).

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

Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:

$$C = H + C_{\text{шт}},$$

где:

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

$C_{\text{шт}}$ - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

- Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{\text{но}},$$

где:

PT - размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

$K_{\text{но}}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи 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 ($C_{\text{шт}}$), рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{шт}} = РП \times K_{\text{шт}}, \text{ где:}$$

$C_{\text{шт}}$ – 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 – 5 290,09 руб.

РП при оплате скорой медицинской помощи вне медицинской организации – 836,56 руб.

РП в стационарных условиях, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – 6 206,74 руб.







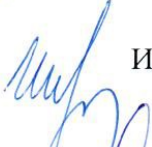

РП в условиях дневного стационара в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, - 1 590,81 руб.

$K_{\text{шт}}$ – 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 в страховую медицинскую организацию отклоненные ранее от оплаты счета и реестры счетов не позднее двадцати пяти рабочих дней от даты получения акта от ТФОМС Курской области.

Подписи сторон:

Председатель комитета здравоохранения Курской области		Е.В. Письменная
Заместитель председателя комитета - начальник управления экономического планирования и перспективного развития комитета 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 городская 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 Курского филиала ООО «Страховая компания «Ингосстрах-М»		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

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