

Приложение № 4
к протоколу Комиссии по разработке
территориальной программы
обязательного медицинского
страхования Пермского края
от 28.12.2021 № 14

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ НА ТЕРРИТОРИИ ПЕРМСКОГО КРАЯ НА 2022 ГОД

г. Пермь

«28» декабря 2021 г.

Министерство здравоохранения Пермского края, в лице его представителя – министр здравоохранения Пермского края Крутень А.В.,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Пермского края, в лице его представителя – директора Мельниковой Т.П.,

страховые медицинские организации, в лице их представителя – директора Пермского филиала ООО «СМК РЕСО-Мед», полномочного представителя Всероссийского союза страховщиков по медицинскому страхованию на территории Пермского края Кудрявцевой О.В.,

медицинские организации, в лице их представителя – главного врача ГБУЗ ПК «Городская клиническая поликлиника № 5» Сластихиной О.В.,

профессиональный союз медицинских работников, в лице его представителя – председателя Пермской краевой организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Шабалина Г.А.,

медицинская профессиональная некоммерческая организация, в лице ее представителя – председателя общественной организации «Профессиональное медицинское сообщество Пермского края» Каракуловой Ю.В.,

именуемые в дальнейшем – Стороны, в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон) заключили настоящее Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию на территории Пермского края на 2022 год (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

Раздел I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящее Тарифное соглашение разработано в соответствии с Федеральным законом, постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н (далее – Правила ОМС), Порядком

проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н (далее – Порядок проведения контроля), Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н, проектом Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования, одобренными решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Методические рекомендации), проектом постановления Правительства Пермского края «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» (далее – Программа).

2. Предмет Тарифного соглашения

2.1. Предметом настоящего Тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Пермского края (далее – ТП ОМС), являющейся составной частью Программы государственных гарантий (далее – тарифы), их структуры и порядка применения, способов оплаты медицинской помощи и размера неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по обязательному медицинскому страхованию на территории Пермского края.

2.2. Настоящее Тарифное соглашение регулирует правоотношения Сторон, а также медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по ТП ОМС, возникающие при реализации ТП ОМС.

2.3. Тарифы рассматриваются Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Пермского края, устанавливаются настоящим Тарифным соглашением и являются его неотъемлемой частью.

3. Список сокращений

ОМС – Обязательное медицинское страхование;

ФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;

ТФОМС – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Пермского края;

Комиссия – Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Пермского края;

СМО – Страховая медицинская организация;

МО – Медицинская организация;

СМП – Скорая медицинская помощь;

ФАП – Фельдшерско-акушерский пункт;

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем,

связанных со здоровьем (десятый пересмотр);

КСГ – Клинико-статистическая группа;

УЕТ – Условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи;

ВМП – Высокотехнологичная медицинская помощь;

ЭКО – Экстракорпоральное оплодотворение;

МЭК – Медико-экономический контроль;

МЭЭ – Медико-экономическая экспертиза;

ЭКМП – Экспертиза качества медицинской помощи;

Номенклатура медицинских услуг – Номенклатура медицинских услуг, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

Стандарт – Стандарт оказания медицинской помощи, утвержденный уполномоченным федеральным органом исполнительной власти Российской Федерации.

4. Основные понятия и термины

4.1. **Понятия «медицинская помощь», «медицинская услуга», «пациент», «диспансерный прием»** применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.2. **Понятия «медицинская организация», «застрахованные лица»** (далее также – пациент, лица, пациенты), **«страховой случай»** применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном Федеральным законом.

4.3. **Плановый объем медицинской помощи** – годовой объем предоставляемой в рамках ТП ОМС медицинской помощи по условиям ее оказания, распределенный Комиссией с разбивкой по кварталам МО.

4.4. **Тариф** – система ставок, определяющих размер оплаты за единицу объема медицинской помощи, медицинскую услугу, законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепившихся лиц, размер возмещения и состав компенсируемых расходов МО по оказанию медицинской помощи.

4.5. **Посещение** – контакт пациента с врачом, средним медицинским персоналом на самостоятельном приеме по поводу страхового случая, включающее комплекс необходимых медицинских услуг с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

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

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

4.8. **Профилактический прием** – посещение с профилактической целью, не

связанное с заболеванием или с обострением хронического заболевания с кодами XXI класса МКБ-10, в том числе:

- посещения в Центрах здоровья;
- посещения в рамках проведения диспансеризации определенных групп населения;
- посещения в рамках проведения углубленной диспансеризации;
- посещения в рамках проведения профилактических медицинских осмотров, подлежащих оплате в рамках ТП ОМС в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- патронажные посещения;
- наблюдение пациенток с неосложненным течением беременности;
- посещения пациенток, обратившихся за направлением на медицинский аборт, а также все прочие посещения, связанные с неосложненным прерыванием беременности по желанию женщины;
- посещения, связанные с применением средств контрацепции;
- осмотры при решении вопроса о проведении профилактических прививок (при условии, что во время осмотра у пациента не выявлено заболевание);
- осмотры, проводимые врачами-инфекционистами контактных граждан из очагов инфекционных заболеваний;
- консультативный прием узкого специалиста в составе случая медицинской помощи по заболеванию, если врач при этом не выявил заболевания по своей специальности.

4.9. Консультативный прием – посещение врача консультативной поликлиники МО, включенных в Перечень медицинских организаций, оказывающих консультативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с консультативно-диагностической целью и/или лечебной целью по направлению МО, к которой прикрепилось застрахованное лицо для получения первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу или врача – специалиста той же или иной консультативной поликлиники.

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

4.11. Обращение по поводу заболевания, травмы, отравления – случай лечения заболевания, травмы, отравления в амбулаторных условиях, включающий совокупность посещений и медицинских услуг в количестве одной или более, состав которого определяется стандартами и порядками оказания медицинской помощи, а также клиническими рекомендациями (протоколами лечения).

4.12. Обращение в приемное отделение стационара – случай оказания медицинской помощи пациенту в экстренной и неотложной форме, включающий в себя осмотр (консультацию) врача клинической специальности и выполнение лечебно-диагностических мероприятий (при необходимости), не завершившийся госпитализацией в данную МО.

4.13. Диспансеризация и профилактические осмотры – все виды диспансеризаций и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены Министерством здравоохранения Российской Федерации.

4.14. Обращение по заболеванию (комплексное посещение) при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» – законченный

случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «Медицинская реабилитация» пациентам, состояние которых оценивается 1 – 3 балла по Шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ), включающий комплекс мероприятий, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента, проводимый мультидисциплинарной реабилитационной бригадой в амбулаторных условиях в целях осуществления медицинской реабилитации на третьем этапе.

4.15. Законченный случай лечения по клинико-статистическим группам при оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях – предоставление медицинской помощи по заболеванию, включенному в КСГ, с первичного обращения до достижения клинического результата.

4.16. Незаконченный случай при оказании стоматологической помощи – случай медицинской помощи с недостигнутым результатом лечения.

4.17. Простые услуги – это медицинские услуги, представляющие собой определенные виды медицинских вмешательств, направленные на профилактику, диагностику, лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющие самостоятельное законченное значение, которые выполняются в рамках оказания медицинской помощи по назначению врача и не входят в услуги посещения врача. Простые услуги включаются в реестр счетов с кодом в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг.

4.18. Комплексное исследование для пренатальной диагностики нарушений развития ребенка (внутриутробно) – это комплексное обследование беременных женщин с целью раннего выявления хромосомных и врожденных пороков развития в I и II триместрах беременности, включающее в себя профилактический прием врача акушера-гинеколога, ультразвуковое исследование плода, дуплексное сканирование сердца и сосудов плода, исследование матки и придатков трансабдоминально или трансвагинально (цервикометрия и доплерометрия), проводимое в МО, включенных в перечень, установленный Таблицей 3 Приложения № 10 к настоящему Тарифному соглашению.

4.19. Внешние медицинские услуги – медицинские услуги, входящие в подушевой норматив финансирования, оказываемые в плановой форме застрахованным лицам МО-исполнителем по направлению МО, к которой прикрепилось застрахованное лицо для получения первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу или в неотложной форме в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения).

4.20. Выездная поликлиника – консультативная помощь населению Пермского края (за исключением жителей г. Перми и Пермского района), оказанная специалистами в соответствии с Положением о выездной поликлинике по оказанию консультативной медицинской помощи населению Пермского края, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Пермского края. Выездная поликлиника организуется МО, включенными в Перечень медицинских организаций, оказывающих консультативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях выездными поликлиниками.

4.21. **Телемедицинское консультирование** – оказание медицинской помощи с применением информационных технологий, обеспечивающих дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций.

4.22. **Медицинские услуги, выполненные Централизованной клинико-диагностической лабораторией (далее – ЦКДЛ)** – перечень клинических лабораторных исследований, утвержденный приложением 2 к приказу Министерства здравоохранения Пермского края от 05.07.2019 № СЭД-34-01-06-473 (далее – Приказ Министерства № 473), и указанных в графе 5 «ЦКДЛ» Таблицы 1 Приложения № 6 к Тарифному соглашению, выполненные по направлению МО, перечень которых утвержден приложением 1 к Приказу Министерства № 473.

4.23. **Прикрепленное лицо** – застрахованное лицо, включенное в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц, прикрепившееся к медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу.

4.24. **Медицинские организации – исполнители** (далее – МО-исполнители) – поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, общие (семейные) врачебные практики, стационары, оказывающие внешние медицинские услуги. МО, имеющая прикрепившихся застрахованных лиц для получения первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу является одновременно МО-исполнителем в случае оказания внешних медицинских услуг прикрепившимся лицам.

4.25. **Обращение (законченный случай) в кабинете раннего выявления онкологических заболеваний** – случай оказания медицинской помощи средним медицинским персоналом (фельдшер или акушерка), независимо от пола пациента, в кабинете раннего выявления онкологических заболеваний один раз в течение календарного года, состоящий из всех услуг, установленных Таблицей 7 Приложения № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

4.26. **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 ТП ОМС.

4.27. **Законченный случай лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара** – совокупность медицинских услуг в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), предоставленных пациенту в стационаре в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выбытия (выписка, перевод в другую МО или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией.

4.28. **Прерванный случай лечения в стационаре** – случай оказания медицинской помощи без достижения клинического результата по причине перевода пациента из одного отделения МО в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с

круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую МО, преждевременной выписки пациента из МО в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 6 Методических рекомендаций.

4.29. 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).

4.30. Базовая ставка (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) – 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 ТП ОМС, с учетом КСГ.

4.31. Коэффициент относительной затратноемкости – коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к базовой ставке.

5. Принципы оплаты медицинской помощи

5.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках ТП ОМС, осуществляется в соответствии с настоящим Тарифным соглашением, условиями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в пределах плановых объемов по условиям оказания медицинской помощи в расчете на квартал.

При этом ограничение по объемам не применяется к объемам медицинской помощи, оплата которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи, включенным в расчет подушевого норматива для МО, к которой прикрепилось застрахованное лицо для получения первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу, скорой медицинской помощи.

5.2. Для обеспечения государственных гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи в объеме ТП ОМС, МО самостоятельно регулируют выполнение плановых объемов медицинской помощи, в том числе путем установления очередности оказания плановой медицинской помощи с соблюдением условий предоставления бесплатной медицинской помощи, установленных ТП ОМС, при необходимости направляет в Комиссию заявку на перераспределение объемов предоставления медицинской помощи.

5.3. Оплата медицинской помощи осуществляется по тарифам, действующим на дату окончания оказания медицинской помощи.

5.4. Счета на оплату за оказанную медицинскую помощь формируются на основании Информации для оформления счета на оплату по форме, установленной Приложением № 6 к Регламенту информационного взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на территории Пермского края, утвержденному приказом ТФОМС Пермского края. Информация для оформления счета на оплату является приложением к счету.

5.5. В реестр счетов не включаются случаи оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии на медицинскую деятельность МО.

Раздел II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

6. Перечень медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС по ТП ОМС, по всем условиям оказания медицинской помощи и применяемым способам оплаты медицинской помощи установлен Приложением № 1 к настоящему Тарифному соглашению.

7. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

7.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы:

7.1.1. 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 МО (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;

7.1.2. 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 ОМС;

медицинской помощи, оказанной в МО, не имеющих прикрепившихся лиц;

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

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);

углубленной диспансеризации;

7.1.3. по нормативу финансирования структурного подразделения МО (ФАП/ФП).

7.2. По подушевому нормативу финансирования осуществляется финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной доврачебной, первичной врачебной и первичной специализированной медико-санитарной помощи взрослому и детскому населению в МО, имеющих прикрепившихся застрахованных лиц,

за исключением:

7.2.1. медицинской помощи, оказанной в стоматологических отделениях (кабинетах, МО);

7.2.2. медицинской помощи, оказанной в Центрах здоровья;

7.2.3. консультаций врачами мобильных Центров здоровья и выездных поликлиник;

7.2.4. медицинской помощи, оказанной на дому в неотложной форме медицинскими работниками отделений (кабинетов) неотложной медицинской помощи;

7.2.5. медицинской помощи, оказываемой неприкрепившимся лицам в неотложной форме, и медицинской помощи новорожденным, получающим медицинскую помощь до оформления полиса ОМС по полису матери или другого законного представителя;

7.2.6. услуг диализа в амбулаторных условиях;

7.2.7. отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвуковых исследований сердечно-сосудистой системы, эндоскопических исследований, молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний, исследований по определению РНК коронавируса (SARS-Cov-2) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР в пределах установленных ТП ОМС нормативов;

7.2.8. медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктах;

7.2.9. случаев проведения первого и второго этапов углубленной диспансеризации согласно Перечню исследований и иных медицинских вмешательств, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов» (Приложение № 4), порядок направления на которую установлен приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.07.2021 № 698н «Об утверждении Порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке», (далее – углубленная диспансеризация), за исключением рентгенографии легких и приема врача-терапевта/врача общей практики / фельдшера (акушерки), по тарифам, установленным Таблицей 6 и Таблицей 7 Приложения № 9 к настоящему Тарифному соглашению;

7.2.10. случаев оказания медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

7.3. Подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, включает в себя средства на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, и медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий.

7.4. При оплате стоматологической помощи в амбулаторных условиях применяются следующие способы оплаты:

7.4.1. по тарифу за законченный случай, выраженному в УЕТ, состоящему из тарифа законченного случая лечения по КСГ, выраженного в УЕТ, установленного Таблицей 1 Приложения № 7 к настоящему Тарифному соглашению в соответствии с группировщиками КСГ по стоматологии, и тарифа сложной комплексной услуги, выраженного в УЕТ, установленного Таблицей 2 Приложения № 7 к настоящему Тарифному соглашению;

7.4.2. по тарифу посещений и медицинских услуг в рамках незаконченного случая лечения заболевания, выраженного в УЕТ, установленного Таблицей 2 и Таблицей 3 Приложения № 7 к настоящему Тарифному соглашению, но не более общего количества УЕТ по КСГ при законченном случае лечения;

7.4.3. по тарифу посещений с профилактической целью, выраженного в УЕТ.

7.5. Оплата случаев лечения при оказании стоматологической помощи производится с учетом коэффициента длительности лечения для конкретной КСГ в зависимости от фактического количества посещений в составе законченного случая, установленного Таблицей 4 Приложения № 7 к настоящему Тарифному соглашению.

7.6. Размер финансового обеспечения при оказании стоматологической помощи определяется исходя из общего количества УЕТ, составляющего случай, и стоимости 1 УЕТ.

7.7. При оказании стоматологической помощи на дому к тарифу КСГ и к тарифу незаконченного случая, выраженных в УЕТ, применяется коэффициент сложности лечения, установленный Таблицей 5 Приложения № 7 к настоящему Тарифному соглашению.

7.8. При оказании стоматологической помощи в передвижном стоматологическом комплексе к тарифу КСГ и к тарифу незаконченного случая, выраженных в УЕТ, применяется коэффициент сложности лечения, установленный Таблицей 5 Приложения № 7 к настоящему Тарифному соглашению.

7.9. При одновременном оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по поводу различных заболеваний (состояний) врачами разных специальностей формируются два и более случая.

7.10. Диспансерные посещения хронических больных с целью выписки рецептов, активные посещения на дому хронических больных, посещения с целью наблюдения патологии беременности, патронаж новорожденных группируются в обращения по поводу заболевания за квартал.

7.11. Случай лечения заболевания считается завершенным при наступлении медицинского исхода (улучшение, выздоровление) и/или организационного исхода (прекращение оказания медицинской помощи по причине госпитализации, перевода в другую МО, отказа от получения медицинской помощи, в том числе неявки пациента, прекращения наблюдения).

7.12. При продолжении начатого ранее лечения в другой МО или при направлении на консультацию, обследование в другую МО, а также при диагностическом или восстановительном лечении в другой МО к оплате предъявляются фактически выполненные объемы медицинской помощи каждой МО по соответствующим тарифам.

7.13. При одновременном оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара по разным профилям, услуги амбулаторной помощи подлежат оплате в полном объеме.

7.14. В реестр счетов не включаются и не подлежат оплате за счет средств ОМС следующие случаи оказания амбулаторной медицинской помощи:

7.14.1. в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре;

7.14.2. при повторном посещении пациентом врача одной специальности в один и тот же день в одной МО, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других МО. Указанные случаи подлежат обязательной МЭЭ или ЭКМП;

7.14.3. в день поступления и в день выписки пациента из круглосуточного стационара

МО, к которой не прикрепилось застрахованное лицо для получения первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу.

8. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях стационара

8.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях стационара, применяются следующие способы оплаты:

8.1.1. за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ);

8.1.2. за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения МО в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую МО, преждевременной выписки пациента из МО в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в Таблице 1 Приложения № 6 Методических рекомендаций.

8.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара, во всех страховых случаях осуществляется по КСГ, за исключением:

8.2.1. заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, на которые ТП ОМС установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

8.2.2. услуг диализа, включающих различные методы, при сепсисе, септическом шоке, полиорганной недостаточности, печеночной недостаточности, острых отравлениях, остром некротическом панкреатите, остром рабдомиолизе и других миоглобинурических синдромах, парапротеинемических гемобластозах, жизнеугрожающих обострениях аутоиммунных заболеваний, пациентам, страдающим ХБП и получающим услуги диализа по поводу ХБП в условиях дневного стационара или в амбулаторных условиях.

8.3. Отнесение случая лечения к КСГ осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями.

8.4. К прерванным случаям госпитализации относятся:

8.4.1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

8.4.2. случаи лечения при переводе пациента из одного отделения МО в другое;

8.4.3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);

8.4.4. случаи перевода пациента в другую МО;

8.4.5. случаи лечения при преждевременной выписке пациента из МО в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;

8.4.6. случаи лечения, закончившиеся летальным исходом;

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

8.4.8. законченные случаи лечения 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 таблице 1 Приложения 6 Методических рекомендаций.

8.5. В случае, если перевод пациента из одного отделения МО 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 согласно пункту 8.4.2 не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по 2 КСГ по основаниям, указанным в пунктах 8.6.2 – 8.6.6, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности согласно пунктам 8.4.2 – 8.4.4 и подлежит оплате в полном объеме.

8.6. Оплата одного пролеченного случая по двум КСГ:

8.6.1. при переводе пациента из одного отделения МО 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 МО 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;

8.6.2. проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же МО по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

8.6.3. 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;

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

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

8.6.6. дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением (оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», st02.001

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

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

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

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

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

8.6.9. 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.

При этом если один из случаев лечения, оплачиваемых по двум КСГ, является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КСГ должна быть проведена МЭЭ и, при необходимости ЭКМП.

8.7. Оплата обследования и/или предоперационной подготовки пациентов перед оказанием ВМП, требующих круглосуточного наблюдения, производится по стоимости случая по соответствующей КСГ с учетом правил, установленных пунктами 8.3 и 13.5 настоящего Тарифного соглашения.

В случае продолжения лечения в той же МО, при наличии показаний, после оказания ВМП, оплата специализированной медицинской помощи производится по КСГ, формируемой по коду МКБ-10.

Все указанные в данном пункте случаи госпитализации подлежат обязательной МЭЭ или ЭКМП.

8.8. Отнесение случая оказания медицинской помощи к ВМП осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в рамках перечня видов ВМП Приложением № 14 к настоящему Тарифному соглашению. Если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата осуществляется по стоимости случая по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и/или других применяемых медицинских технологий.

8.9. Критерием для определения условий оказания помощи по профилю «Медицинская реабилитация» служит оценка состояния по «Шкале Реабилитационной

Маршрутизации», установленная порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н. При оценке по ШРМ 4-5-6 пациенту оказывается медицинская реабилитация в условиях круглосуточного реабилитационного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При оценке 3 по ШРМ оказание медицинской реабилитации в условиях круглосуточного стационара осуществляется в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной на территории Пермского края. При оценке по ШРМ 1-2 оказание медицинской реабилитации не может осуществляться в условиях круглосуточного стационара.

8.10. 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.

8.11. Критерии отнесения случая к реанимационным КСГ установлены Методическими рекомендациями.

8.12. Критериями отнесения случая лечения пациента со злокачественным новообразованием:

8.12.1. к лекарственной терапии являются: код МКБ 10 и схема лекарственной терапии;

8.12.2. к хирургическому лечению являются: код МКБ 10 и код медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой;

8.12.3. к лучевой терапии являются: код МКБ 10, код медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и для большинства групп количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

8.12.4. к случаям с проведением лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией являются: код МКБ 10, код медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количество дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов;

8.12.5. к лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей являются: код МКБ 10, длительность лечения и дополнительный классификационный критерий, включающих группу лекарственного препарата или МНН лекарственного препарата.

8.13. В случае если злокачественное новообразование выявлено в результате госпитализации с целью оперативного лечения по поводу неонкологического заболевания (доброкачественное новообразование, кишечная непроходимость и др.) отнесение к КСГ и оплата осуществляются в соответствии с классификационными критериями по коду медицинской услуги без учета кода диагноза злокачественного новообразования, за исключением оказания медицинской помощи по профилю «онкология».

При этом в реестре счетов обязательно указывается первичный диагноз неонкологического заболевания при поступлении в МО для оказания медицинской

помощи.

8.14. Срок лечения в стационаре определяется от дня поступления до дня выписки из стационара (день госпитализации и день выписки считается одним днем).

8.15. Случаи оказания медицинской помощи по КСГ с 3-6 уровнем оперативного вмешательства, выполненных в МО (отделении) 1 уровня и по КСГ с 4-6 уровнем оперативного вмешательства, выполненных в МО (отделении) 2 уровня, подлежат обязательной МЭЭ и, при необходимости, ЭКМП.

9. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара всех типов

9.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, применяются следующие способы оплаты:

9.1.1. за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу КСГ;

9.1.2. за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевод пациента из одного отделения МО 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 которых медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме, по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую МО, преждевременной выписки пациента из МО при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в Таблице 1 Приложения № 6 Методических рекомендаций.

9.1.3. Оплата медицинской помощи пациентам, страдающим ХБП и направленным в МО Пермского края, оказывающие специализированную медицинскую помощь по профилю «нефрология» методом программного диализа и перитонеального диализа, по решению Комиссии Министерства здравоохранения Пермского края в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения Пермского края от 26.10.2020 № СЭД-34-01-05-537 (ред. от 12.11.2020) «О порядке направления граждан, страдающих хронической болезнью почек, на проведение пожизненной заместительной почечной терапии методами программного диализа», и получающим услуги диализа по поводу ХБП в условиях дневного стационара, осуществляется по тарифам на услуги диализа, установленным Приложением № 20 к настоящему Тарифному соглашению, в сочетании с оплатой на лекарственное обеспечение при оказании услуги диализа (по медицинским показаниям) за счет средств межбюджетного трансферта бюджета Пермского края, предусмотренных на финансовое обеспечение ТП ОМС.

9.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, во всех страховых случаях осуществляется по КСГ, за исключением оплаты услуг диализа, включающих различные методы.

9.3. Лечение по профилю «Медицинская реабилитация» в условиях дневного стационара проводится пациентам с оценкой состояния по ШРМ 2-3.

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 легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

9.4. Критериями отнесения случая лечения пациента со злокачественным новообразованием к:

- лекарственной терапии являются код МКБ 10 и схема лекарственной терапии;
- хирургическому лечению является код МКБ 10 и код медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой;
- лучевой терапии являются код МКБ 10, код медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и для большинства групп количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- случаям с проведением лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией являются код МКБ 10, код медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количество дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

9.5. К прерванным случаям госпитализации относятся:

- 9.5.1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
- 9.5.2. случаи лечения при переводе пациента из одного отделения МО в другое;
- 9.5.3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
- 9.5.4. случаи перевода пациента в другую МО;
- 9.5.5. случаи лечения при преждевременной выписке пациента из МО в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;
- 9.5.6. случаи лечения, закончившиеся летальным исходом;
- 9.5.7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
- 9.5.8. законченные случаи лечения 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 таблице 1 Приложения 6 Методических рекомендаций.

9.6. Оплата одного пролеченного случая по двум КСГ:

- 9.6.1. при переводе 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 МО 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;

9.6.2. проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же МО по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

9.6.3. 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;

9.6.4. этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из дневного стационара;

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КСГ должна быть проведена МЭЭ и, при необходимости, ЭКМП.

9.7. В дневных стационарах первым днем считается день начала оказания медицинской помощи, последним – день окончания ее оказания.

9.8. При переводе пациента из круглосуточного стационара в дневной стационар или из дневного стационара в круглосуточный для определения фактического срока оказания медицинской помощи в каждом из подразделений день перевода учитывается в периоде оказания медицинской помощи на предыдущем этапе.

10. Оплата медицинской помощи, оказанной вне МО

10.1. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной вне МО (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), в том числе в случае обращения пациента в МО (отделение) скорой медицинской помощи:

10.1.1. по подушевому нормативу финансирования;

10.1.2. за единицу объема медицинской помощи – за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, а также оказанной в отдельных МО, не имеющих прикрепившихся лиц).

Раздел III. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

11. Структура тарифа на оплату медицинской помощи.

11.1. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы МО 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 МО 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 МО, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за

единицу.

11.2. МО негосударственной формы собственности руководствуются Планом счетов бухгалтерского учета финансово-хозяйственной деятельности организаций, утвержденным приказом Министерства финансов Российской Федерации от 31.10.2000 № 94н.

11.3. МО негосударственной формы собственности при составлении локального сметного расчета на текущие ремонты применяют прогнозные индексы изменения сметной стоимости строительства, рекомендуемые к применению Министерством строительства и жилищно-коммунального хозяйства Российской Федерации, внесенные в федеральный реестр сметных нормативов.

11.4. В тарифы включаются экономически обоснованные и документально подтвержденные расходы МО на выполнение ТП ОМС.

11.5. В тарифы не включаются расходы МО, которые в соответствии с Программой финансируются за счет средств бюджетов всех уровней или других источников.

11.6. За счет средств ОМС не возмещаются расходы МО:

11.6.1. на уплату налога на прибыль, налога при упрощенном налогообложении;

11.6.2. на уплату государственных пошлин и судебных издержек, возмещения морального и материального вреда, исполнения обязательств по судебным делам, не связанным с деятельностью МО по выполнению ТП ОМС;

11.6.3. на уплату государственных пошлин и судебных издержек по судебным делам в связи с рассмотрением исков ТФОМС, СМО к МО, по судебным делам в связи с рассмотрением исков МО к ТФОМС или СМО;

11.6.4. на уплату штрафов, пени за несвоевременную уплату налогов и сборов;

11.6.5. на уплату неустойки за нарушение договорных обязательств и других экономических санкций за исключением расходов по оплате штрафов за нарушение законодательства РФ о закупках товаров, работ и услуг, а также уплата штрафных санкций за нарушение условий контрактов (договоров) по поставке товаров, выполнению работ, оказанию услуг;

11.6.6. на приобретение услуг по разработке проектной сметной документации для строительства, реконструкции, проведения капитального ремонта объектов нефинансовых активов, в том числе расходы на проведение обследования строительных конструкций помещений, в которых планируется размещение тяжелого оборудования, а также расходы на строительство, реконструкцию, проведение капитального ремонта объектов здравоохранения, расходы на демонтаж зданий и сооружений;

11.6.7. на оплату труда работников, оказывающих медицинскую деятельность по видам и профилям, не входящим в ТП ОМС, а также специалистов с высшим и средним медицинским образованием, не имеющих действующих сертификатов и оказывающих медицинскую помощь;

11.6.8. на оплату договоров по программам профессиональной подготовки кадров, образовательных программ среднего профессионального образования и по образовательным программам высшего образования;

11.6.9. на содержание зданий и сооружений, приобретение транспортных услуг и (или) содержание транспорта, не используемых в рамках деятельности МО при оказании медицинской помощи по ТП ОМС;

11.6.10. на уплату налога на имущество, земельного налогу, транспортному налогу, оплату коммунальных услуг по объектам движимого и недвижимого имущества, не используемых в рамках деятельности МО при оказании медицинской помощи по ТП ОМС;

11.6.11. на оплату договоров на приобретение лекарственных препаратов, не

входящих в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, не входящих в стандарты оказания медицинской помощи, клинические рекомендации и во временные методические рекомендации по профилактике и лечению COVID-19 и не подтвержденные решением врачебной комиссии;

11.6.12. на установку (расширению) единых функциональных систем, включая приведение в состояние, пригодное к эксплуатации, охранной, пожарной сигнализации, локальной вычислительной сети, систем видеонаблюдения, контроля доступа и иных аналогичных систем, в том числе обустройство «тревожной кнопки», а также работы по модернизации указанных систем;

11.6.13. на оплату договоров на оказание аудиторских услуг;

11.6.14. на возврат кредитных средств, уплату процентов и неустойки по ним.

11.7. В случае установления ТФОМС факта нецелевого использования средств ОМС, возврат средств, использованных не по целевому назначению, уплата штрафа и пени производится МО в соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона.

12. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

12.1. Средний подушевой норматив финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях МО, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС на 2022 год, составляет 5 872,64 рубля.

12.2. Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях к базовому нормативу финансирования равен 0,41320.

12.3. Размер подушевого норматива финансирования МО при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, составляет 2 426,58 рублей в год.

12.4. Подушевой норматив финансирования включает средства на оплату собственной деятельности МО, имеющей прикрепившихся застрахованных лиц для получения первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу, и средства на оплату внешних услуг, оказанных МО-исполнителем прикрепившимся к данной МО лицам.

12.5. Размер финансового обеспечения МО на основе подушевого норматива на прикрепившихся к данной МО застрахованным лицам для получения первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу определяется исходя из дифференцированных подушевых нормативов, рассчитанных в соответствии с Методикой определения дифференцированных подушевых нормативов и их применения для расчета финансирования медицинских организаций при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, являющейся Приложением № 2 к настоящему Тарифному соглашению, с учетом коэффициентов дифференциации подушевого норматива, установленных Приложением № 3 к настоящему Тарифному соглашению.

12.6. Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, установлены Приложением № 3 к настоящему Тарифному соглашению.

12.7. Размер финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, без применения коэффициентов дифференциации, рассчитанных 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» (далее – Постановление № 462), при условии их соответствия Требованиям по ФП/ФАП, составляет:

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 2000 жителей, – 1 934,9 тыс. рублей.

12.8. Размер финансового обеспечения фельдшерского/фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего менее 100 жителей, составляет 587,1 тыс. рублей, без применения коэффициентов дифференциации, рассчитанных в соответствии с Постановлением № 462.

12.9. Сумма средств на содержание фельдшерского/фельдшерско-акушерского пункта, включенная в размер финансового обеспечения ФП/ФАП, составляет 456,36 тыс. рублей.

12.10. Размер средств, направляемых в i -тую МО на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФП/ФАП) при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – Требования по ФП/ФАП), в расчете на год рассчитывается по формуле:

$$OS_{ФАП}^i = \sum_n (Ч_{ФАП}^n \times БПФ_{ФАП}^n \times КС_{БНФ}^n \times КД_{МО}^n), \text{ где:}$$

$OS_{ФАП}^i$ – размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских / фельдшерско-акушерских пунктов в i -той МО без применения коэффициентов дифференциации, рассчитанных в соответствии с Постановлением № 462;

$Ч_{ФАП}^n$ – число фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов n -типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствующие Требованиям по ФП/ФАП);

$КС_{БНФ}^n$ - коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений МО, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов определен Программой, устанавливается значение коэффициента равно 1).

$БПФ_{ФАП}^n$ – базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений МО – фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n -го типа, установленный настоящим Тарифным соглашением;

$КД_{МО}^n$ – коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

12.11. Размер средств, направляемых в *i*-тую МО на финансовое обеспечение ФП/ФАПов, обслуживающих менее 100 жителей в расчете на год рассчитывается по формуле:

$$\text{ФРО}_{\text{МО}}^i = \sum_n [\text{СР}_{\text{сод ФАП}} + ((\text{РФО}^n_{\text{ФАП}} - \text{СР}_{\text{сод ФАП}}) \times \text{Кст}^n_{\text{Ф}} / \text{НКст}^n_{\text{Ф}}) \times \text{КД}^i_{\text{ФАП}}], \text{ где:}$$

$\text{СР}_{\text{сод ФАП}}$ – размер средств на содержание ФП/ФАПа, установленный пунктом 12.9 настоящего Тарифного соглашения;

$\text{РФО}^n_{\text{ФАП}}$ – размер финансового обеспечения ФП/ФАПа *n*-го типа, установленный настоящим Тарифным соглашением;

$\text{Кст}^n_{\text{Ф}}$ – фактическое количество занятых ставок средним медицинским персоналом (фельдшер, медицинская сестра) в ФАПе *n*-го типа;

$\text{НКст}^n_{\text{Ф}}$ – нормативное количество ставок среднего медицинского персонала (фельдшер, медицинская сестра) в ФАПе *n*-го типа.

12.12. Размер средств, направляемых в *i*-тую МО на финансовое обеспечение ФП/ФАПов, не соответствующих Требованиям по ФП/ФАП в расчете на год, рассчитывается по формуле:

$$\text{ФРО}_{\text{МО}}^i = \sum_n [\text{СР}_{\text{сод ФАП}} + ((\text{РФО}^n_{\text{ФАП}} \times 0,95 - \text{СР}_{\text{сод ФАП}}) \times \text{Кст}^n_{\text{Ф}} / \text{НКст}^n_{\text{Ф}}) \times \text{КД}^i_{\text{ФАП}}],$$

В случае если у фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», годовой размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года, и рассчитывается по формуле:

$$\text{ОС}^i_{\text{ФАП}} = \text{ОС}^i_{\text{ФАПнг}} + (\text{БНФ}^i_{\text{ФАП}} \times \text{КС}^j_{\text{БНФ}} / 12 \times \text{пмес}), \text{ где:}$$

$\text{ОС}^i_{\text{ФАП}}$ – фактический размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта;

$\text{ОС}^i_{\text{ФАПнг}}$ - размер средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта с начала года;

пмес - количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размер финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов.

12.13. Тарифы на оплату посещений и медицинских услуг в амбулаторных условиях установлены Приложениями №№ 5-7 к настоящему Тарифному соглашению.

12.14. Оплата посещения к врачу – специалисту (среднего медицинского работника, ведущего самостоятельный прием) осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 1 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению, которые включают в себя стоимость сбора анамнеза и жалоб, проведения внешнего осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации, постановки диагноза, составления плана обследования и лечения, назначения необходимых лечебно-диагностических мероприятий, а также выполнение

необходимых лечебно-диагностических мероприятий, не установленных Приложением № 6 к настоящему Тарифному соглашению, решение вопроса о трудоспособности и режиме пациента.

12.15. Оплата медицинской помощи, оказанной на дому в неотложной форме медицинскими работниками отделений (кабинетов) неотложной медицинской помощи, осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 2.2 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению, которые включают расходы на посещение врача-специалиста (среднего медицинского персонала), транспортные расходы и расходы на проведение лечебно-диагностических мероприятий.

12.16. Оплата медицинской помощи, оказанной в Центрах здоровья при проведении комплексного обследования, осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 3 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению. В случае дополнительного обследования, не входящего в комплексное обследование (биоимпедансометрия, пульсоксиметрия, анализ окиси углерода в выдыхаемом воздухе с использованием смокелайзера, определение токсических веществ в биологических средах организма, профессиональная гигиена полости рта), оплата производится по тарифам комплексного обследования с учетом дополнительного обследования по тарифам, установленным Приложением № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

12.17. Оплата телемедицинских консультаций осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 4 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению. Порядок и алгоритм организации оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, а также перечень профилей и консультативных центров для оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий установлен приказом Министерства здравоохранения Пермского края от 12.05.2020 № СЭД-34-01-05-378 (ред. от 12.04.2021).

12.18. Оплата медицинской помощи, оказываемой консультативными поликлиниками, осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 5 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению, которые включают в себя стоимость сбора анамнеза и жалоб, проведения внешнего осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации, постановки диагноза, составления плана обследования и лечения, назначения необходимых лечебно-диагностических мероприятий, решение вопроса о трудоспособности и режиме пациента.

12.19. Оплата медицинской помощи, оказываемой в приемном отделении стационара, осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 2.1 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению, которые включают расходы на посещение врача-специалиста (среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием) и расходы на оказание простых услуг и диагностических мероприятий, в том числе проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии.

12.20. Оплата медицинской помощи, оказываемой выездной поликлиникой, осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 6 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению, которые включают в себя стоимость сбора анамнеза и жалоб, проведения внешнего осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации, постановки диагноза, составления плана обследования и лечения, назначения необходимых лечебно-диагностических мероприятий, решение вопроса о трудоспособности и режиме пациента.

12.21. Тарифы на оплату обращения по поводу заболевания (законченного случая) установлены Таблицей 7 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению и включают расходы на посещение врача соответствующей специальности (среднего

медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием) с кратностью не менее двух и расходы на проведение лечебно-диагностических мероприятий, за исключением медицинских услуг, на которые Приложением № 6 к Тарифному соглашению установлены отдельные тарифы.

12.22. Тарифы на оплату обращения (комплексного посещения) по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» установлены Таблицей 8 Приложения № 5 и включают расходы на посещение врачей-специалистов мультидисциплинарной реабилитационной команды и проведение лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с порядком оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций.

12.23. Тарифы на оплату медицинских услуг, выполняемых ЦКДЛ, созданной в соответствии с Приказом Министерства № 473, установлены в графе 5 «ЦКДЛ» Таблицы 1 Приложения № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

Стоимость медицинских услуг, оказываемых ЦКДЛ медицинским организациям, включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и в стоимость случая лечения заболевания, включенного в КСГ.

ЦКДЛ включает в реестр счетов каждое выполненное лабораторное исследование с указанием информации о направлении, в том числе о МО, выдавшей направление, об условии оказания медицинской помощи (круглосуточный стационар, дневной стационар, амбулаторно-поликлиническая помощь (поликлиника, отказ от госпитализации, диспансеризация, профилактический осмотр), об идентификаторе пациента (номер медицинской карты).

СМО осуществляют оплату медицинских услуг, оказанных ЦКДЛ, на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату за оказанные медицинские услуги.

При осуществлении окончательного расчета за оказанную медицинскую помощь сумма средств для МО, оказывающей медицинскую помощь, уменьшается на объем средств, направляемых ЦКДЛ за выполнение лабораторных исследований по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

12.24. Оплата диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, проводимых, проводимых застрахованным по ОМС лицам по направлению врача амбулаторного приема, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медицинскую помощь осуществляется по тарифам, установленным Приложением № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

В связи с временной организацией КТ-исследований на догоспитальном этапе пациентам с подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекцией COVID-19, в рамках реализации временного порядка эвакуации в структурные подразделения МО, перепрофилированных для лечения пациентов, заболевших новой коронавирусной инфекцией, оплата компьютерной томографии легких при подозрении на заболевание новой коронавирусной инфекцией COVID-19, выполненной в ГБУЗ ПК «ПККГВВ», ГБУЗ ПК «ГКБ им. М.А. Тверье», ГБУЗ ПК «ГБ № 6», ГБУЗ ПК «КМСЧ № 1», ГБУЗ ПК «ЧБ им. В.Г. Любимова», ГБУЗ ПК «Чернушинская РБ», ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница», ГБУЗ ПК «КБ Свердловского района», ГБУЗ

ПК «Осинская ЦРБ», ГБУЗ ПК «Октябрьская ЦРБ», ГБУЗ ПУК «Чайковская ЦГБ», ГБУЗ ПК «Больница Коми-Пермяцкого округа», ГБУЗ ПК «Краевая больница имени академика Вагнера Е.А.» г. Березники», ГБУЗ ПК «ГБ г. Соликамск», ООО «Доктор Айболит» г. Кунгур» на догоспитальном этапе, осуществляется по направлению МО, к которой прикрепилось застрахованное лицо для получения первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу, при указании в реестре счетов соответствующих кода МКБ (Z11.5 «Специальное скрининговое обследование с целью выявления других вирусных болезней» либо V34.2 «Коронавирусная инфекция неуточненная») и кода услуги (A06.09.005 Компьютерная томография органов грудной полости, A06.09.005.002 Компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием, A06.09.005.003 Компьютерная томография грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием, мультипланарной и трехмерной реконструкцией).

В случае проведения КТ-исследования легких в день госпитализации и/или в день выписки пациента из стационара стоимость данной медицинской услуги входит в стоимость случая стационарного лечения.

12.25. Оплата проведения флюорографических и маммографических исследований осуществляется по тарифам, установленным Приложением № 6 к настоящему Тарифному соглашению. Данные медицинские услуги могут быть включены в реестр счетов без наличия направления, выданного МО, к которой прикрепилось застрахованное лицо для получения первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу.

12.26. Оплата обращения (законченного случая) в кабинете раннего выявления онкологических заболеваний осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 7 Приложения № 6 к настоящему Тарифному соглашению, в рамках подушевого норматива финансирования, при наличии всех услуг, указанных в Таблице 7 Приложения № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

При этом услуги, указанные в Таблице 7 Приложения № 6 к настоящему Тарифному соглашению, выполненные в течение календарного года не в кабинетах раннего выявления онкологических заболеваний, предъявляются с нулевой стоимостью.

12.27. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (комплексное посещение), осуществляется по тарифам, установленным Приложением № 9 к настоящему Тарифному соглашению.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются завершенными и подлежат оплате в полном объеме в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, установленного для данного пола и возраста приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».

При этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простатспецифического антигена в крови.

Оплата 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 МО (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»).

Показатели результативности деятельности МО установлены Приложением № 24 к настоящему Тарифному соглашению.

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (комплексное посещение), выполненных мобильными медицинскими бригадами, находящимися в составе МО, осуществляется по тарифам, установленным Приложением № 9 к настоящему Тарифному соглашению, с применением повышающего коэффициента в размере 1,05.

12.28. Оплата медицинской помощи пациентам, страдающим хронической болезнью почек (далее – ХБП) и направленным в МО Пермского края, оказывающие специализированную медицинскую помощь по профилю «нефрология» методом программного диализа и перитонеального диализа, по решению Комиссии Министерства здравоохранения Пермского края в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения Пермского края от 26.10.2020 № СЭД-34-01-05-537 (ред. от 12.11.2020) «О порядке направления граждан, страдающих хронической болезнью почек, на проведение пожизненной заместительной почечной терапии методами программного диализа», и получающим услуги диализа по поводу ХБП в амбулаторных условиях, осуществляется по тарифам, установленным Приложением № 20 к настоящему Тарифному соглашению.

12.29. Посещения застрахованных лиц на дому с целью медицинского наблюдения лиц, находящихся на карантине по контакту с COVID-19, учитываются по коду МКБ-10 Z20.8 «Контакт с больным коронавирусной инфекцией», который указывается в реестрах счетов и подаются на оплату по тарифу профилактического посещения на дому по поводу контакта с COVID-19 в рамках подушевого норматива финансирования МО.

12.30. Оплата тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) осуществляется по тарифам, установленным Приложением № 6 к настоящему Тарифному соглашению, в следующих случаях:

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).

Тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции COVID-19 не подлежит оплате за счет средств ОМС в следующих случаях:

проведенное по направлению работодателя;

обследования в эпидемических очагах (бытовых и (или) семейных) застрахованных граждан, контактировавших с больным новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

12.31. Оплата медицинских услуг в составе углубленной диспансеризации осуществляется по тарифу комплексного посещения, установленного Таблицей 6 Приложения № 9 к настоящему Тарифному соглашению, включающее обязательный объем исследований, установленный Программой, и по тарифам отдельных медицинских услуг, установленных Таблицей 6 и Таблицей 7 Приложения № 9 к настоящему Тарифному соглашению, и не включаются в подушевой норматив финансирования, за исключением рентгенография легких, приема врача-терапевта / врача-терапевта участкового / врача общей практики / фельдшера (акушерки).

Рентгенография легких, прием врача-терапевта / врача-терапевта участкового / врача общей практики / фельдшера (акушерки) учитываются в составе общего реестра счетов амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе по случаям оказания медицинской помощи прикрепленному населению.

В случае если углубленная диспансеризация взрослого населения (далее – ДВН) проводится параллельно с основной диспансеризацией, порядок проведения которой утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», прием врача-терапевта / врача-терапевта участкового / врача общей практики (семейного врача) / фельдшера (акушерки) включается в состав основного случая ДВН, а в состав углубленной диспансеризации не включается.

13. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара

13.1. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема (на госпитализацию) предоставления медицинской помощи в круглосуточном стационаре (без коэффициента территориальной дифференциации) 37 316,00 рублей, коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат к базовой ставке равен 0,65.

13.2. Базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара составляет 24 255,40 рубля.

13.3. Тарифы на оплату случаев лечения с применением методов ВМП установлены Приложением № 14 к настоящему Тарифному соглашению.

13.4. Стоимость случая госпитализации, включенного в соответствующую КСГ, за исключением случаев проведения лекарственной терапии взрослым со злокачественными новообразованиями, рассчитывается по формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times (КЗ_{КСГ} \times ПК + КСЛП), \text{ где}$$

БС - базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара;

КЗкcg - коэффициент относительной затратно-емкости по КСГ, установленный Приложением № 12 к настоящему Тарифному соглашению;

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ;

КД – коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462, установленный Таблицей 1 Приложения № 13 к настоящему Тарифному соглашению.

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента, установленный Таблицей 2 Приложения № 13 к настоящему Тарифному соглашению.

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

При применении в рамках одного случая лечения более одного КСЛП, общее значение КСЛП определяется по формуле:

$$\Sigma \text{КСЛП} = \text{КСЛП1} + (\text{КСЛП2}) + \dots (\text{КСЛПn}), \text{ где:}$$

Перечень тяжелых сопутствующих патологий, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента, установлен Таблицей 5 Приложения № 13 к настоящему Тарифному соглашению.

13.4.2. Поправочный коэффициент оплаты КСГ рассчитывается по формуле:

$$\text{ПК} = \text{КСкcg} \times \text{КПУСмо}, \text{ где:}$$

КСкcg – коэффициент специфики по КСГ в условиях круглосуточного стационара, установленный Приложением № 12 к настоящему Тарифному соглашению;

Для структурного подразделения ГБУЗ ПК «Пермская ЦРБ», расположенного в ЗАТО «Звездный», коэффициент специфики составляет 1,2 для всех КСГ.

КПУСмо – коэффициент подуровня оказания медицинской помощи для медицинской организации, в которой был пролечен пациент, установлен Таблицей 3 Приложения № 13 к настоящему Тарифному соглашению.

13.5 Размер оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, составляет:

- 30 % от стоимости законченного случая – при длительности лечения до 3 дней включительно;

- 50 % от стоимости законченного случая – при длительности лечения от 4 до 5 дней;

- 80 % от стоимости законченного случая – при длительности лечения 6 дней и более.

13.6. Если в рамках одной госпитализации пациенту было оказано несколько услуг, влияющих на отнесение случая лечения к соответствующей КСГ, оплата осуществляется по КСГ, с наибольшей стоимостью законченного случая лечения, за исключением случаев определенных Методическими рекомендациями.

13.7. При проведении в МО хирургических вмешательств выездной хирургической бригадой другой МО, оплата производится в размере 90% от стоимости случая по соответствующей КСГ. При этом в реестре счетов в разделе «Сведения об услуге» указывается код МО, выездная хирургическая бригада которой выполнила хирургическое вмешательство.

13.8. В стоимость случая по КСГ, предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в МО, где произошли роды. Пребывание новорожденного в МО в период восстановления здоровья матери после родов либо до

перевода в отделение неонатологии другой МО не является основанием для предоставления на оплату по КСГ по профилю «Неонатология».

13.9. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, в условиях круглосуточного стационара, оплата осуществляется по тарифу услуг диализа, установленных Приложением № 20 к настоящему Тарифному соглашению, в дополнение к стоимости случая лечения по соответствующей КСГ или в дополнение к стоимости случая по ВМП.

Проведение услуг диализа в течение всего периода нахождения пациента в круглосуточном стационаре относится к законченному случаю. При этом в период лечения в круглосуточном стационаре пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

13.10. Оплата случаев оказания медицинской помощи пациентам в приемных отделениях стационаров в экстренной или неотложной форме, не завершившихся госпитализацией, осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 2.1 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению.

13.11. Стоимость случая госпитализации при отнесении его к КСГ, установленных Таблицей 4 Приложения № 13, определяется по формуле:

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

Дзп – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, установленная Таблицей 4 Приложения № 13.

13.12. Оплата случаев госпитализации при проведении лекарственной терапии при злокачественном новообразовании:

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

- при условии проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике;

- 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 с 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.

13.12.2. 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.

13.13. Оплата случаев лучевой терапии при злокачественном новообразовании производится за фактическое количество дней проведения лучевой терапии (числа фракций). При этом в случае, если в поле «Диапазон фракций» файла «Группировщик КСГ_КС_2022_ПК» для случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, не указано количество фракций для какого-либо вида лучевой терапии, оплата соответствующих случаев лечения, в том числе прерванных, осуществляется в полном объеме вне зависимости от длительности лечения.

13.14. Отнесение случая лечения к КСГ st13.001.1 «Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 1 подуровень 1)» и st13.002.1 «Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2 подуровень 1)» производится по коду МКБ-10: I20.0.

Отнесение случая лечения к КСГ st27.008.2 «Другие болезни сердца (уровень 1 подуровень 2)» и st27.009.2 «Другие болезни сердца (уровень 2 подуровень 2)» производится по коду МКБ-10: I27.0, I27.2, I27.8, I50.0, 50.1 и I.50.9. При этом в реестре счетов обязательно указывается услуга A09.05.256, а также в графе «Иной классификационный критерий» указывается код «ХСН» при условии соблюдения установленных приказом Министерства здравоохранения Пермского края от 23.07.2021 № 34-01-05-790 «Об организации медицинской помощи взрослому населению с хронической сердечной недостаточностью на территории Пермского края» лечебно-диагностических мероприятий. При невыполнении указанных критериев случаи относятся к КСГ st27.008.1 «Другие болезни сердца (уровень 1 подуровень 1)» и st27.009.1 «Другие болезни сердца (уровень 2 подуровень 1)».

14. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

14.1. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема (на госпитализацию) предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара (без коэффициента территориальной дифференциации) 23 630,40 рублей, коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат к базовой ставке равен 0,6.

14.2. Базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара составляет 14 178,24 рублей.

14.3. Тарифы на оплату услуг диализа установлены Приложением № 20 к настоящему Тарифному соглашению.

14.4. Стоимость случая госпитализации, включенного в соответствующую КСГ, за исключением случаев, установленных Таблицей 3 Приложения № 16 к настоящему Тарифному соглашению, рассчитывается по следующей формуле:

$$СС = БС \times КД \times (КЗ_{КСГ} \times ПК + КСЛП), \text{ где}$$

БС – базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара;

КП – коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в дневном стационаре к базовой ставке;

КЗ_{КСГ} – коэффициент относительной затратноемкости по КСГ, установленный Приложением № 15 к настоящему Тарифному соглашению;

КД – коэффициент дифференциации, установленный Таблицей 1 Приложения № 16 к настоящему Тарифному соглашению;

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

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ.

14.4.1. Поправочный коэффициент оплаты КСГ рассчитывается по формуле:

$$ПК = КС_{кcg} \times КПУС_{мо}, \text{ где:}$$

КПУС_{мо} – коэффициент подуровня оказания медицинской помощи для МО, в которой был пролечен пациент, установленный Таблицей 2 Приложения № 16 к настоящему Тарифному соглашению. Перечень КСГ, для которых не применяется понижающий КПУС_{мо} ниже 1, приведен в Таблице 5 Приложения № 16 к настоящему Тарифному соглашению;

КС_{кcg} – коэффициент специфики по КСГ в условиях дневного стационара, к которой отнесен данный случай госпитализации, установленный Приложением № 15 к настоящему Тарифному соглашению.

Для структурного подразделения ГБУЗ ПК «Пермская ЦРБ», расположенного в ЗАТО «Звездный», коэффициент специфики составляет 1,2 для всех КСГ.

14.5. Размер оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными составляет:

- 30 % от стоимости законченного случая – при длительности лечения до 3 дней включительно;

- 50 % от стоимости законченного случая – при длительности лечения от 4 до 5 дней;

- 80 % от стоимости законченного случая – при длительности лечения 6 дней и более.

14.6. Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для случаев, установленных Таблицей 3 Приложения № 16 к настоящему Тарифному соглашению, определяется по следующей формуле:

$$С_{Скcg} = БС \times КЗ_{кcg} \times ((1 - Дзп) + Дзп \times КС_{кcg} \times КПУС_{мо} \times КД), \text{ где:}$$

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

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых в условиях дневного стационара установлена Таблицей 3 Приложения № 16 к настоящему Тарифному соглашению.

14.7. Оплата случаев госпитализации при проведении лекарственной терапии при злокачественном новообразовании производится:

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

- при условии проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике;

- 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.

14.7.2. 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.

14.8. Оплата случаев лучевой терапии при злокачественном новообразовании производится за фактическое количество дней проведения лучевой терапии (числа фракций).

14.9. Если в рамках одной госпитализации пациенту было оказано несколько услуг, влияющих на отнесение случая лечения к соответствующей КСГ, оплата осуществляется по КСГ с наибольшей стоимостью законченного случая лечения.

15. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой вне МО

15.1. Средний подушевой норматив финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой вне МО, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, составляет 930,16 рублей.

15.2. Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи к базовому нормативу финансирования равен 0,88898.

15.3. Размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи составляет 826,89 рублей.

15.4. Объем финансовых средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитывается для каждой МО в соответствии с Методикой расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи согласно Приложению № 17 к настоящему Тарифному соглашению.

15.5. Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, установлены Приложением № 18 к настоящему Тарифному соглашению.

15.6. Стоимость вызова профильной бригады определяется по формуле:

$$СВ \text{ смп} = Т \times КР\text{смп}, \text{ где:}$$

Т – тариф на оплату стоимости вызова бригады СМП, установленный Приложением № 19 к настоящему Тарифному соглашению;

КРсмпп – районный коэффициент по МО, установленный Приложением № 19 к настоящему Тарифному соглашению.

15.7. Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи установлены

Приложением № 19 к настоящему Тарифному соглашению.

15.8. Проведение тромболитической терапии пациентам при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST (коды МКБ-10 – I21.0 «Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда», I21.1 «Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда», I21.2 «Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций» I21.3 «Острый трансмуральный инфаркт миокарда неуточненной локализации») вне МО оплачивается по тарифу за вызов с проведением тромболитической терапии, установленному Приложением № 19 к настоящему Тарифному соглашению.

Раздел IV. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МО ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

16.1. Оплата медицинской помощи производится с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проведенного в соответствии с Порядком проведения контроля.

16.2. За нарушения, выявленные в ходе проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, МО несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, условиями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

16.3. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи к МО применяются санкции, предусмотренные статьей 41 Федерального закона, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и размеров санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Пермского края, установленным Приложением № 21 к настоящему Тарифному соглашению (далее – Перечень).

Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам МЭЭ, ЭКМП определены Приложением 5 к Правилам ОМС.

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

$$H = PT \times K_{но}, \text{ где:}$$

Н – размер неоплаты или неполной оплаты затрат МО на оказание медицинской помощи;

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

K_{но} – коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи, действующий на дату проведения МЭЭ, ЭКМП.

Если стоимость случая, подлежащего неоплате (неполной оплате) не является тарифом, утвержденным тарифным соглашением, или получена расчетным путем, в том числе с использованием доли оплаты прерванных случаев, то параметр РТ следует понимать как сумму, выставленную к оплате по законченному случаю лечения.

Размер штрафа, применяемого МО за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт), рассчитывается по формуле:

$$\text{Сшт} = \text{РП} \times \text{Кшт} \times \text{КД}_i, \text{ где:}$$

Сшт – размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

РП – подушевой норматив финансирования медицинской помощи, установленный настоящим 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;

Кшт – коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, действующий на дату проведения МЭЭ, ЭКМП;

КД_i – коэффициент дифференциации (районный коэффициент) применяемый к МО_i.

Размер подушевого норматива финансирования медицинской помощи (без учета коэффициента территориальной дифференциации) для расчета размера штрафа, применяемого к МО за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества:

- в амбулаторных условиях:

за посещение в профилактической целью и иными целями – 1 991,82 рубль;

посещение по неотложной медицинской помощи – 385,40 рублей;

обращение по заболеванию – 2 903,52 рубля;

обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» (комплексное посещение) – 52,92 рубля;

- в условиях круглосуточного стационара – 6 206,99 рублей;

- в условиях дневного стационара – 1 620,83 рублей;

- вне МО – 853,79 рубля.

Коэффициент дифференциации (районный коэффициент), используемый на территории Пермского края, для расчета размера штрафа, применяемого к МО_i за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по условиям оказания установлены:

- в амбулаторных условиях Таблицей 2 Приложения № 3 к настоящему Тарифному соглашению;

- в условиях стационара Таблицей 1 Приложения № 13 к настоящему Тарифному соглашению;

- в условиях дневного стационара Таблицей 1 Приложения № 16 к настоящему Тарифному соглашению;

- вне МО Таблицей 2 Приложения № 18 к настоящему Тарифному соглашению.

В случае внесения изменений в Перечень, новая редакция применяется к случаям оказания медицинской помощи, завершаемым после введения таких изменений в действие, за исключением пунктов Перечня, которые в новой редакции утратили силу.

Пункты Перечня, утратившие силу, при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, не применяются, независимо от даты оказания медицинской помощи.

16.4. В случае выявления нарушений в оказании прикрепленному населению медицинской помощи, включенной в размер подушевого финансирования, размер неоплаты исчисляется от стоимости случая по соответствующим тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

Раздел V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

17.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2022 года, действует по 31 декабря 2022 года и применяется при оплате медицинской помощи, завершённой после 01 января 2022 года.

17.2. С момента вступления в силу настоящего Тарифного соглашения утрачивает силу Тарифное соглашение на 2021 год.

17.3. Внесение изменений в Тарифное соглашение:

17.3.1. все изменения в настоящее Тарифное соглашение рассматриваются на заседании Комиссии;

17.3.2. внесение изменений в настоящее Тарифное соглашение производится путем заключения дополнительных соглашений к нему в том же порядке, в котором заключено настоящее Тарифное соглашение.

17.4. Урегулирование вопросов относительно применения положений настоящего Тарифного соглашения осуществляется сторонами в порядке, установленном для внесения изменений и дополнений в Тарифное соглашение.

17.5. Индексация тарифов на оплату медицинской помощи производится в соответствии с изменением доходной части бюджета ТФОМС Пермского края на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, за исключением доходов, имеющих целевое назначение.

17.6. В целях обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС и соблюдения принципа «бюджетной нейтральности» по результатам мониторинга выполнения объемов и стоимости ТП ОМС могут вноситься изменения в тарифы на оплату медицинской помощи.

17.7. Неотъемлемыми частями настоящего Тарифного соглашения являются:

17.7.1. Приложение № 1 «Перечень медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальной программе обязательного медицинского страхования Пермского края в 2022 году по условиям предоставления медицинской помощи и способам оплаты медицинской помощи, применяемых в медицинских организациях»;

17.7.2. Приложение № 2 «Методика определения дифференцированных подушевых нормативов и их применения для расчета финансирования медицинских организаций при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях»;

17.7.3. Приложение № 3 «Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях»;

17.7.4. Приложение № 4 «Размер финансового обеспечения фельдшерских /фельдшерско-акушерских пунктов и коэффициенты, применяемые при расчете размера финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско – акушерских пунктов»;

17.7.5. Приложение № 5 «Тарифы на посещение и обращение по врачебной

специальности (к среднему медицинскому персоналу, ведущему самостоятельный прием) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях»;

17.7.6. Приложение № 6 «Тарифы на медицинские услуги»;

17.7.7. Приложение № 7 «Тарифы при оказании стоматологической медицинской помощи»;

17.7.8. Приложение № 8 «Критерии отнесения к КСГ случаев оказания стоматологической помощи в амбулаторных условиях»;

17.7.9. Приложение № 9 «Тарифы на оплату комплексного посещения при проведении диспансеризации, профилактических осмотров отдельных категорий граждан на 2022 год»;

17.7.10. Приложение № 10 «Перечни медицинских организаций, оказывающих консультативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях»;

17.7.11. Приложение № 11 «Перечень медицинских организаций (отделений), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, распределенных по уровням и подуровням оказания медицинской помощи»;

17.7.12. Приложение № 12 «Коэффициенты относительной затратоемкости для клинико-статистических групп и коэффициенты специфики при оказании медицинской помощи в стационарных условиях»;

17.7.13. Приложение № 13 «Коэффициенты, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в клинико-статистическую группу в условиях стационара»;

17.7.14. Приложение № 14 «Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи»;

17.7.15. Приложение № 15 «Коэффициенты относительной затратоемкости для клинико-статистических групп и коэффициенты специфики при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара»;

17.7.16. Приложение № 16 «Коэффициенты, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в клинико-статистическую группу в условиях дневного стационара»;

17.7.17. Приложение № 17 «Методика расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи»;

17.7.18. Приложение № 18 «Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи»;

17.7.19. Приложение № 19 «Тарифы на оплату скорой медицинской помощи»;

17.7.20. Приложение № 20 «Тарифы на медицинские услуги диализа»;

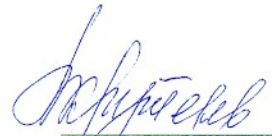
17.7.21. Приложение № 21 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и размеров санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Пермского края»;

17.7.22. Приложение № 22 «Методика определения коэффициента подуровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях»;

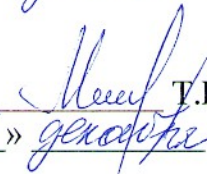
17.7.23. Приложение № 23 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, распределенных по уровням и подуровням оказания медицинской помощи»;

17.7.24. Приложение № 24 «Показатели результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки».


Министр здравоохранения Пермского края,
Председатель Комиссии по разработке
территориальной программы обязательного
медицинского страхования Пермского края


А.В. Крутень
«28» декабря 2021 г.


Директор
ТФОМС Пермского края


Т.П. Мельникова
«28» декабря 2021 г.


Директор Пермского филиала
ООО «СМК РЕСО-Мед», полномочный представитель
Всероссийского союза страховщиков
по медицинскому страхованию на территории
Пермского края


О.В. Кудрявцева
«28» декабря 2021 г.

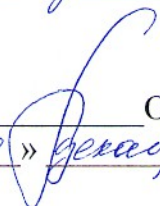
Председатель Пермской краевой
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации


Г.А. Шабалин
«28» декабря 2021 г.

Председатель общественной организации
«Профессиональное медицинское сообщество
Пермского края»


Ю.В. Каракулова
«28» декабря 2021 г.

Главный врач ГБУЗ ПК «Городская
клиническая поликлиника № 5»


О.В. Сластихина
«28» декабря 2021 г.