

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КРЫМ
НА 2022 ГОД**

г. Симферополь

Оглавление

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	5
2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	14
2.1. Основные подходы к оплате медицинской помощи.	14
2.1.2. Оплата медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.	15
2.1.4. Оплата скорой медицинской помощи.	16
2.2. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.	16
2.3. Порядок проведения межучрежденческих расчетов.	19
2.4. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и условиях дневного стационара.	23
3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	44
3.15. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.	50
3.15.19 Применение показателей результативности деятельности медицинской организации.	67
3.16. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.	71
3.16.6.3. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях, установленный Территориальной программой ОМС, составляет 39 385,00 рублей (раздел 6 Территориальной программы государственных гарантий). ...	75
4. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА	83
5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ	84
ПРИЛОЖЕНИЯ	85

Перечень сокращений, используемый в Тарифном соглашении:

АТХ	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация лекарственных препаратов
ВМП	Высокотехнологичная медицинская помощь
Группировщик	Таблица, представленная в приложениях № 8 и № 9 Методических рекомендаций, определяющая однозначное отнесение каждого пролеченного случая к конкретной КСГ на основании всех возможных комбинаций классификационных критериев
Закон № 323-ФЗ	Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
Закон № 326-ФЗ	Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
ИС ВМП Министерства здравоохранения Российской Федерации	Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (Система мониторинга оказания высокотехнологичной медицинской помощи)
Комиссия	Комиссия по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Крым
КСГ	Клинико-статистическая группа заболеваний
КСЛП	Коэффициент сложности лечения пациента
Методические рекомендации	Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации № 11-7/И/2-1619, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования № 00-10-26-2-06/750 02.02.2022
МКБ-10	Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (Десятый пересмотр)
МНН	Международное непатентованное наименование лекарственного препарата
МТР	Межтерриториальные расчеты
МУР	Межучрежденческие расчеты
Номенклатура	Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»
ОМС	Обязательное медицинское страхование
Отдельные диагностические (лабораторные) исследования	Компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного

	(операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях
Подушевой норматив	Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц
Правила ОМС	Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н
Приказ № 543н	Приказ Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 года № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»
Программа	Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 года № 2505
СМО	Страховая медицинская организация
Тарифное соглашение	Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Республики Крым на 2022 год
Территориальная программа государственных гарантий	Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов
Территориальная программа ОМС	Территориальная программа обязательного медицинского страхования
Территориальная рабочая группа	Территориальная рабочая группа по рассмотрению актов-претензий медицинских организаций
ТФОМС Республики Крым	Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым
УЕТ	Условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи
ФП/ФАП	Фельдшерский/ фельдшерско-акушерский пункт
ШРМ	Оценка состояния пациента по Шкале Реабилитационной Маршрутизации

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Министерство здравоохранения Республики Крым в лице врио министра здравоохранения Республики Крым Скорупского К.И., действующего на основании Положения о Министерстве здравоохранения Республики Крым, утвержденного постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 года № 149, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым в лице директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Крым Карпеева А.Ю., действующего на основании Положения о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Республики Крым, утвержденного постановлением Совета министров Республики Крым от 21 апреля 2014 года № 69, страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования общество с ограниченной ответственностью «Страховая медицинская компания «Крыммедстрах» в лице генерального директора Сидоровой Е.А., действующего на основании Устава, лицензии ОС от 13 июля 2015 года № 4325-01, выданной Центральным банком Российской Федерации (Банк России), Крымская ассоциация врачей в лице председателя Мусаевой Л.Э., действующего на основании Устава, Крымская республиканская организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, в лице председателя Турчаниновой О.Г., действующего на основании Устава, медицинская организация Республики Крым ГБУЗ РК «Симферопольская ЦРКБ» в лице главного врача Семенова Ю.А., действующего на основании приказа Министерства здравоохранения Республики Крым, включенные в состав Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Крым и именуемые в дальнейшем стороны, заключили настоящее Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Республики Крым на 2022 год (далее - Тарифное соглашение).

1. Тарифное регулирование оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации, нормативными документами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, правовыми актами Республики Крым и настоящим Тарифным соглашением.

2. Тарифное соглашение разработано в целях обеспечения финансовой устойчивости сферы обязательного медицинского страхования Республики Крым на основании:

- Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- Постановления Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 года № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;

- Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования»;

- Приказа Минздравсоцразвития России от 25 января 2011 года № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»;

- Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 года № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»;

- Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29 декабря 2020 года № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

- Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, разработанных рабочей группой Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, направленных совместным письмом от 30 декабря 2020 года Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/И/2-20691 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 00-10-26-2-04/11-51;

- Разъяснений Министерства здравоохранения Российской Федерации «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;

- Закона Республики Крым от 08 декабря 2021 года № 238-ЗРК/2021 «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Крым на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;

- Постановления Совета министров Республики Крым от 29 декабря 2020 года № 890 «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;

- Постановления Совета министров Республики Крым от 23 октября 2014 года № 408 «О создании Комиссии по разработке

Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Крым» (с изменениями).

3. Предметом Тарифного соглашения является тарифное регулирование оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным по ОМС лицам в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Совета министров Республики Крым, в части Территориальной программы обязательного медицинского страхования

4. Тарифное соглашение устанавливает тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы ОМС, способы оплаты медицинской помощи, порядок формирования и применения тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, а также структуру тарифов и состав расходов, включаемых в тарифы на оплату медицинской помощи.

5. Тарифное соглашение и тарифы применяются:

- для расчетов за медицинскую помощь, оказанную в соответствии с Территориальной программой ОМС застрахованным лицам на территории Республики Крым;

- для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями лицам, застрахованным на территориях других субъектов Российской Федерации, по условиям оказания медицинской помощи, установленным базовой программой ОМС.

6. Тарифное соглашение распространяется на всех участников ОМС при реализации Территориальной программы ОМС.

7. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС устанавливаются в приложениях к настоящему Тарифному соглашению.

8. Рассмотрение тарифов и формирование Тарифного соглашения, осуществляется Комиссией.

9. Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках Территориальной программы ОМС, производится в соответствии с заключенными договорами на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, Правилами ОМС, настоящим Тарифным соглашением, а также иными нормативными правовыми документами в сфере ОМС, утвержденными в установленном порядке.

10. Для целей настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные понятия:

1) медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

2) медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

3) медицинская организация – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии и (или) уведомления, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, и включенное в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС;

4) страховая медицинская организация – страховая организация, имеющая лицензию, выданную в установленном законодательством Российской Федерации порядке, и включенная в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС;

5) медико-экономический контроль – установление соответствия сведений об объемах и стоимости оказанной застрахованным лицам медицинской помощи на основании представленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров по обязательному медицинскому страхованию или договоров в рамках базовой программы, программам обязательного медицинского страхования, объемам предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи;

6) медико-экономическая экспертиза – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации;

7) экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, степени достижения запланированного результата;

8) прикрепленное лицо - лицо, застрахованное по ОМС, проживающее на территории Республики Крым и прикрепившееся к медицинской организации, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь;

9) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц – плановая сумма финансовых средств на одно застрахованное лицо, прикрепившееся к медицинской организации, предназначенная для оплаты первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной, первичной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации;

10) посещение (с профилактической целью и (или) при оказании медицинской помощи в неотложной форме) - единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и лечебно-диагностической целью, с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного;

11) обращение по поводу заболевания – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания к врачам одной специальности;

12) посещение приемного отделения/покоя - оказание медицинской помощи в неотложной форме с проведением лечебно-диагностических мероприятий и с последующей записью в первичной медицинской документации, не завершившейся госпитализацией в данную медицинскую организацию;

13) вызов скорой медицинской помощи – скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказанная гражданам в экстренной и неотложной форме вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), а также в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

14) условная единица трудоемкости – норматив, используемый при оплате амбулаторной стоматологической медицинской помощи;

15) пациенто-день – единица учета, отражающая длительность пребывания пациента в условиях дневного стационара;

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

17) прерванный случай лечения - случай при прерывании лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях в неполном объеме, по сравнению с выбранной для оплаты схемы лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода. К прерванным также относятся случаи, при которых

длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

18) высокотехнологичная медицинская помощь – медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, которая включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники;

19) клинико-статистическая группа заболеваний - 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);

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

21) базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, с учетом коэффициента приведения;

22) поправочные коэффициенты – устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики, коэффициент уровня медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов;

23) коэффициент относительной затратно-емкости – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

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

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

26) коэффициент подуровня медицинской организации – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в

размерах расходов медицинских организаций одного уровня, обусловленный объективными причинами;

27) коэффициент сложности лечения пациентов – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, применяемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи;

28) направление - документ, оформляемый лечащим врачом медицинской организации в соответствии с учетной формой № 057/у-04, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 года № 255 и выдаваемый гражданину с целью получения им медицинской помощи;

29) реестр счета - реестр персонифицированных сведений о пролеченных пациентах и об оказанной медицинской помощи на основании данных первичной медицинской документации;

30) межучрежденческие расчеты – расчеты между медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, осуществляемые СМО, за единицу объема (обращение, посещение, медицинскую услугу) по тарифам, установленным Тарифным соглашением;

31) законченный случай лечения в стационаре - совокупность медицинских услуг, предоставленных пациенту в виде диагностической, лечебной и реабилитационной медицинской помощи, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов, от момента поступления до выписки (выписка, перевод в другое учреждение), подтвержденного первичной медицинской документацией, в случае достижения клинического результата или без него (смерть пациента);

32) подгруппа в составе КСГ – группа заболеваний, выделенная в составе КСГ с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по клинико-статистической группе, с учетом правил выделения и применения подгрупп, установленных Приложением 12 к Методическим рекомендациям.

11. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинской организацией застрахованному лицу, осуществляется в соответствии с лицензией и (или) уведомлением на медицинскую деятельность, в пределах объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС и распределенных решением Комиссии на год, с учетом поквартальной разбивки на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

12. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется:

- на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи по ОМС;

- по тарифам и способам оплаты медицинской помощи, утвержденным настоящим Тарифным соглашением, действующим на дату окончания лечения.

13. Медицинская организация предоставляет реестры счетов на оплату медицинской помощи в ТФОМС Республики Крым, в соответствии с утвержденным Регламентом информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере ОМС ежемесячно в установленные сроки.

14. К оплате предъявляется медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам, за отчетный период с 01 января 2022 (с первое по последнее число отчетного месяца).

Счета и реестры счетов, предъявленные к оплате с нарушением условий (сроков подачи реестров счетов), отклоняются от оплаты.

С 01.02.2022 к оплате предъявляется медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам за отчетный и предыдущий отчетному периоду месяц.

Медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам с 01.01.2022, в части отдельных диагностических (лабораторных) исследований, предъявляется к оплате МО-заказчиком за отчетный и три предыдущих отчетному периоду месяца.

15. При наличии отклоненных реестров счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного медико-экономического контроля, медицинская организация вправе доработать и представить отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов не позднее 25 рабочих дней с даты получения акта, сформированного по результатам медико-экономического контроля первично представленного медицинской организацией счета на оплату медицинской помощи.

16. Оплата медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в Республике Крым, на территории страхования осуществляется СМО.

Медицинская помощь, оказанная застрахованному лицу, оплачивается той СМО, в которой пациент застрахован на дату окончания лечения.

17. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, расположенными на территории Республики Крым, гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, осуществляется ТФОМС Республики Крым в объеме базовой программы ОМС.

18. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в связи с причинением вреда здоровью вследствие тяжелого несчастного случая на производстве, осуществляется за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации.

19. Возраст пациента определяется на дату начала оказания медицинской помощи:

- дети - до 17 лет 11 месяцев 29 дней;
- взрослые - 18 лет и старше.

Со дня рождения ребенка и до реализации в отношении ребенка права выбора СМО (но не позднее истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения), счета на оплату медицинской помощи выставляются по реквизитам полиса ОМС матери новорожденного или других законных представителей, с обязательным указанием в персональном счете даты рождения и пола ребенка. По истечении тридцати дней со дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме обязательное медицинское страхование осуществляется СМО, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.

20. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, осуществляется в пределах объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленных решением Комиссии, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. Основные подходы к оплате медицинской помощи.

При реализации Территориальной программы ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС:

2.1.1. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях.

При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

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

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели установленного объема профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Законом № 323-ФЗ;

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

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

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

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

организацией;

- отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- углубленной диспансеризации.

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

2.1.2. Оплата медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.

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

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

б) за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме, по сравнению с выбранной для оплаты схемой причинам лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам

заболеваний, состояний, приведенных в приложении 4 к Территориальной программе государственных гарантий.

2.1.3. Оплата медицинской помощи в условиях дневного стационара.

При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

а) за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ);

б) за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении 4 к Территориальной программе государственных гарантий.

2.1.4. Оплата скорой медицинской помощи.

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

- по подушевому нормативу финансирования;
- за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

2.2. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

2.2.1. Перечень медицинских организаций и их структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях,

с указанием применяемого способа оплаты, приведены в приложениях № 1, № 2 к настоящему Тарифному соглашению.

2.2.2. Оплата медицинской помощи, не включенной в подушевой норматив, осуществляется за единицу объема медицинской помощи по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением в пределах объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленных в соответствии с Территориальной программой ОМС и распределенных Комиссией.

2.2.3. Оплата неотложной помощи, в том числе оказание неотложной медицинской помощи в приемном отделении стационара пациенту, госпитализация которого не состоялась, осуществляется по тарифу посещения на оказание неотложной помощи (приложения № 11, № 12 к настоящему Тарифному соглашению), за исключением стоматологической помощи, оплата которой осуществляется на основании пункта 2.2.5.

2.2.4. Без направления осуществляется прием застрахованных лиц врачами, оказывающими медицинскую помощь в плановой форме по профилю «Акушерство и гинекология», «Стоматология».

По направлению осуществляется прием застрахованных лиц врачом, оказывающим медицинскую помощь по профилю «Онкология», за исключением онкологических кабинетов/отделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по территориально-участковому принципу.

2.2.5. Оплата стоматологической помощи осуществляется за условную единицу трудоемкости (далее – УЕТ) в пределах объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленных в соответствии с Территориальной программой ОМС и распределенных Комиссией.

Для учета амбулаторной стоматологической помощи используется среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях (приложение № 24 к Тарифному соглашению).

Средняя кратность УЕТ при расчете плановых объемов составляет 4,2 УЕТ, в том числе:

- в одном посещении с профилактической и иной целью – 4 УЕТ;
- в одном обращении по поводу заболевания (законченном случае лечения) – 9,4 УЕТ.

Стоимость 1 УЕТ в амбулаторных условиях приведена в приложении № 23 к Тарифному соглашению.

2.2.6. Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную

медико-санитарную помощь, медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, при наличии медицинских показаний в сроки, установленные Территориальной программой государственных гарантий.

При отсутствии возможности самостоятельно выполнить отдельные диагностические (лабораторные) исследования медицинская организация направляет пациента в иную медицинскую организацию. При этом оплата медицинской услуги осуществляется при условии подтверждения её оказания в рамках МУР.

Врач-онколог (детский онколог) при оказании консультации застрахованному лицу, по направлению лечащего врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, вправе выдавать направления (назначать) на отдельные диагностические (лабораторные) исследования с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии или подтверждения диагноза. Оплата медицинской услуги осуществляется при условии подтверждения её оказания в рамках МУР.

СМО осуществляют контроль за назначением, направлением на проведение и выполнением отдельных диагностических исследований в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Тарифы на оплату отдельных диагностических услуг установлены в приложении № 20 к Тарифному соглашению.

2.2.7. Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках проведения углубленной диспансеризации в дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации.

Граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню, установленному приложением № 45 к Тарифному соглашению.

Медицинские организации организуют прохождение углубленной диспансеризации гражданином из расчета выполнения всех исследований и иных медицинских вмешательств первого этапа углубленной диспансеризации в течении одного дня.

Оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи дополнительно к подушевому нормативу финансирования по тарифам, установленным приложением № 45 к Тарифному соглашению:

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

активности аспаратаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови).

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

- тест с 6 минутной ходьбой;
- определение концентрации Д - димера в крови;
- проведение эхокардиографии в рамках II этапа углубленной диспансеризации;
- проведение компьютерной томографии легких в рамках II этапа углубленной диспансеризации;
- дуплексного сканирования вен нижних конечностей в рамках II этапа углубленной диспансеризации.

Оплата углубленной диспансеризации за комплексное посещение возможна в случае выполнения всех исследований и медицинских вмешательств, учитываемых при расчете стоимости комплексного посещения.

Углубленная диспансеризация является комплексом исследований, которые застрахованное лицо вправе дополнительно пройти одновременно с прохождением профилактического осмотра и диспансеризации, поэтому оплата рентгенографии органов грудной клетки и прием (осмотр) врачом-терапевтом, входящие в первый этап углубленной диспансеризации согласно приложению № 2 к Программе, предполагается в рамках оплаты комплексного посещения за случай обычной диспансеризации или профилактического осмотра в составе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

Оплата рентгенографии органов грудной клетки (если не выполнялась ранее в течение года) и приема (осмотра) врачом-терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики), входящих в углубленную диспансеризацию в соответствии с Программой, осуществляется из средств подушевого норматива финансирования, включающего в том числе средства на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации. Учет таких случаев осуществляется отдельно.

Углубленная диспансеризация также может быть проведена по инициативе гражданина, в отношении которого отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2020 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»).

2.3. Порядок проведения межучрежденческих расчетов.

2.3.1. При проведении межучрежденческих расчетов применяются следующие понятия:

МО - заказчик – медицинская организация, участвующая в реализации Территориальной программы ОМС, оказывающая медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного или круглосуточного стационаров,

выдавшая застрахованному лицу направление для получения внешних медицинских услуг в амбулаторных условиях.

МО - исполнитель – медицинская организация, участвующая в реализации Территориальной программы ОМС, оказывающая внешние медицинские услуги застрахованным лицам, по направлениям, выданным МО – заказчиками.

Территориальная рабочая группа – группа, созданная для рассмотрения актов-претензий в рамках МУР между медицинскими организациями. В состав группы входят представители СМО и ТФОМС Республики Крым.

2.3.2. МУР осуществляются медицинскими организациями одним из способов: на основании заключенных договоров между медицинскими организациями или через СМО.

2.3.2.1. В случае если МУР осуществляются медицинскими организациями на основании гражданско-правовых договоров, тарифы и порядок расчетов устанавливаются исходя из условий соответствующих договоров.

2.3.2.2. В случае, если расчеты за медицинскую помощь, оказанную в рамках МУР, осуществляются СМО, МО-исполнителем составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждую выполненную единицу объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай) с указанием информации о МО-заказчике, выдавшей направление.

Тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема за оказанную помощь между медицинскими организациями при МУР устанавливаются в Тарифном соглашении.

При формировании МУР осуществляется возмещение средств МО-исполнителям, оказавшим медицинскую помощь:

- за внешние услуги, оказанные в амбулаторных условиях (посещения, обращения, диагностические исследования, лабораторные и инструментальные услуги);

- за единицу объема медицинской помощи, оказанную в стационарных условиях (обращение, посещение, лабораторные услуги, диагностические исследования (за исключением диализа), консультации специалистов, оказанные другими медицинскими организациями по направлению лечащего врача стационара.

СМО осуществляют оплату медицинской помощи на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для МО - заказчика, уменьшается на объем средств, перечисленных за выполненные медицинские услуги, посещения, обращения по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

В счете за медицинские услуги, оказанные в рамках Территориальной программы государственных гарантий, отдельно указывается сумма средств, подлежащая перечислению другим медицинским организациям за медицинские услуги, выполненные в рамках МУР.

2.3.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, может осуществляться с использованием МУР:

а) за единицу объема медицинской помощи – обращение, посещение, за медицинскую услугу по установленным тарифам в сфере ОМС.

В систему МУР включаются медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в качестве МО – заказчиков и МО – исполнителей.

СМО осуществляет оплату по тарифам согласно приложению № 21 внешних медицинских услуг, оказанных МО-исполнителем, за фактическое количество оказанных внешних услуг (посещений, обращений, диагностических исследований, лабораторных и инструментальных услуг):

- за счет дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинской организации, к которой гражданин прикреплен на медицинское обслуживание;

- за счет стоимости обращения, посещения медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц;

б) за медицинские услуги в случае оказания медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам лицам, застрахованным на территории Республики Крым и прикрепленным к одной медицинской организации (МО_i), в иной медицинской организации (МО_j), имеющей прикрепившихся лиц, согласно приложению № 22.

Финансовое обеспечение оказанной медицинской помощи осуществляется за счет средств подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц медицинской организации, к которой прикреплено застрахованное лицо (МО_i).

Если в медицинской организации (МО_j) отсутствует возможность оказания медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации (пункт 3.15.16. Тарифного соглашения), то медицинская организация (МО_j) обеспечивает оказание данных медицинских исследований в рамках гражданско-правовых договоров, заключенных с медицинскими организациями на общих основаниях, предусмотренных Гражданским кодексом Российской Федерации.

в) за медицинские услуги, оказанные в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, в рамках мероприятий по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам, согласно приложениям № 21 и № 22 к настоящему Тарифному соглашению.

Финансовое обеспечение оказанной медицинской помощи осуществляется за счет средств подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц медицинской организации, к которой прикреплено застрахованное лицо.

2.3.4. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, может осуществляться с использованием МУР за единицу объема медицинской помощи (обращение, посещение, медицинская услуга).

За счет стоимости случая лечения при МУР оплачиваются лабораторные услуги, диагностические исследования (за исключением диализа), консультации специалистов, оказанные другими медицинскими организациями по направлению лечащего врача стационара.

2.3.5. Маршрутизация пациентов устанавливается приказами Министерства здравоохранения Республики Крым в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации и учитывается при выдаче направлений застрахованным гражданам в другие медицинские организации, в том числе не имеющие прикрепившихся лиц.

2.3.6. Для проведения МУР не предъявляются:

- медицинская помощь, оказанная по профилям «Стоматология», «Акушерство и гинекология», «Онкология»;
- медицинская помощь, оказываемая в неотложной форме;
- медицинские услуги, оказанные гражданам, застрахованным на территориях других субъектов Российской Федерации;
- медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу, прикрепившемуся к данной медицинской организации.

2.3.7. Медицинская организация, оказавшая услугу, сохраняет медицинскую документацию, подтверждающую факт оказания медицинской помощи в рамках МУР.

2.3.8. МО-заказчик осуществляет сверку с МО-исполнителем. Медицинские организации регулируют возникающие споры и разногласия самостоятельно.

В случае выявления в реестрах счетов, предъявленных для МУР, медицинских услуг, на оказание которых МО – заказчиком не выдавались направления по форме 057/у-04 или перечисленных в пункте 2.3.6 МО-заказчик в течение 10 рабочих дней после окончательного расчета за отчетный период составляет акт-претензию отдельно по каждой СМО и направляет их МО-исполнителю и в СМО.

Дата направления подтверждается штампами организаций, осуществляющих доставку почты, в случае самостоятельной доставки – штампом о регистрации входящих документов МО-исполнителя, в случае отправки по защищенному каналу связи VipNet – извещением об отправке сообщения.

При нарушении установленных сроков претензии не рассматриваются.

2.3.9. МО-исполнитель в течение 10 рабочих дней после получения акта-претензии согласовывает акт, либо готовит протокол разногласий с обоснованием (копиями направлений формы 057/у-04, указанием документов,

регламентирующих оказание медицинской помощи и т.п.) и направляет их МО - заказчику.

Дата получения и отправления подтверждается штампами организаций, осуществляющих доставку почты. В случае самостоятельной доставки – подтверждается штампом о регистрации исходящих документов МО - исполнителя и входящих документов МО-заказчика. В случае отправки по защищенному каналу связи VipNet – подтверждается извещением о получении /об отправке сообщения.

При нарушении установленных сроков претензии не рассматриваются.

2.3.10. МО - заказчик не позднее 20 числа каждого месяца предоставляет подписанные обеими сторонами акты-претензии в Территориальную рабочую группу.

Территориальная рабочая группа принимает к работе согласованные акты-претензии в течение 1 месяца с даты их согласования.

2.3.11. Если по истечении 1 месяца от даты направления акта-претензии от МО -исполнителя не получен ответ, акт-претензия МО -заказчика считается согласованным, МО -заказчик предоставляет его в Территориальную рабочую группу не позднее 20 числа каждого месяца.

Территориальная рабочая группа принимает к работе акты-претензии, на которые не получен ответ не более чем за 2 предшествующих месяца.

Отсчет 2 месяцев начинается с даты направления акта-претензии МО- заказчиком.

2.3.12. Территориальная рабочая группа ежемесячно принимает решение об учете претензий при расчетах за медицинскую помощь следующего расчетного периода.

СМО учитывает решения Территориальной рабочей группы при расчете стоимости медицинской помощи (осуществляется восстановление необоснованно снятой суммы МО-заказчику, с МО-исполнителя данная сумма снимается с оплаты).

2.4. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и условиях дневного стационара.

2.4.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и условиях дневного стационара, приведен в приложениях № 25, №34 к Тарифному соглашению.

2.4.2. В целях обеспечения единых принципов оплаты специализированной медицинской помощи применяются подходы, изложенные в Методических рекомендациях. Данный документ опубликован на сайте ТФОМС Республики Крым.

2.4.3. Все КСГ распределены по профилям медицинской помощи, при этом часть диагнозов, устанавливаемых при различных заболеваниях, хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях. При оплате медицинской помощи в подобных случаях отнесение КСГ к конкретной клинико-профильной группе не учитывается.

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

2.4.4. Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ-10, являющийся основным поводом к госпитализации.

2.4.5. Оплата за счет средств ОМС медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, по КСГ осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения по перечню видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения по перечню видов ВМП, не включенных в базовую программу, для которых Программой установлен средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, в случае их включения в Территориальную программу ОМС сверх базовой Программы;

- социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения), в случае их включения в Территориальную программу ОМС сверх базовой Программы;

- услуг диализа, включающих различные методы.

2.4.6. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи.

2.4.6.1. Перечень КСГ круглосуточного и дневного стационаров, для которых длительность госпитализации три дня и менее является оптимальными сроками лечения, представлен в приложениях № 30, № 36 к Тарифному соглашению.

Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения по основаниям 1-7 пункта 2.4.6.1.)

по перечисленным в вышеуказанных приложениях КСГ, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

К прерванным случаям относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. случаи прерывания лечения в результате преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся летальным исходом;
7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь 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 (осложнений лечения), не купируемых при проведении симптоматического лечения;
8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1-7 пункта 2.4.6.1. данного раздела) 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 приложениях № 30, № 36 к Тарифному соглашению.

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-10, что и диагноз основного заболевания и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации/лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию, изложенному в подпункте 2 пункта 2.4.6.1. настоящего раздела, не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2-9 пункта 2.4.7 настоящего раздела, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, прерванности, изложенным в подпунктах 2-4 пункта 2.4.6.1. настоящего раздела.

2.4.6.2. Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1-6 и 8 пункта 2.4.6.1,

определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

Если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 85% от стоимости КСГ.

Перечни КСГ круглосуточного и дневного стационаров, которые предполагают хирургическое вмешательство и (или) проведение тромболитической терапии представлены в приложениях № 32, № 37 к Тарифному соглашению.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 20% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ.

2.4.6.3. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях.

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае указания в схеме), разовую дозу препарата (фиксированная величина или разовая доза в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схеме лекарственной терапии, представленной в Группировщике, для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1-6 пункта 2.4.6.1.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, чем предусмотренные пунктом 2.4.6.1.) в следующих случаях:

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

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

дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии):

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

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

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

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

2.4.6.4. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией.

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

2.4.7. Оплата по двум КСГ в рамках одного пролеченного случая.

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 медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным пунктом 2.4.6.1. основаниям;

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

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

4. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях,

не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));

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

6. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением (оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение»).

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

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

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

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

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

Выставление случая только по КСГ st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)», без основной КСГ не допускается.

10. Проведение диализа.

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 медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

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

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

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

2.4.8.3. После оказания в медицинской организации ВМП при наличии показаний пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи.

Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ.

2.4.8.4. Отнесение случая оказания медицинской помощи к ВМП осуществляется при соответствии наименования вида ВМП, кодов МКБ-10, модели пациента, вида и метода лечения аналогичным параметрам, установленным перечнем видов ВМП (раздел 1 приложения №1 к Программе), содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения ВМП (далее – Перечень ВМП).

Оплата видов ВМП, включенных в базовую программу, осуществляется по тарифам, представленным в приложении № 29 к настоящему Тарифному соглашению, согласно нормативам финансовых затрат, на единицу объема медицинской помощи, утвержденным Программой.

В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню ВМП, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

2.4.8.5. Предъявление к оплате случая оказания ВМП осуществляется после завершения 6 этапа заполнения формы статистического учета № 025/у-ВМП (талон на оказание ВМП) в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 января 2015 года № 29н (с изменениями) «О формах статистического учета и отчетности, используемых при организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы, порядках их заполнения и сроках представления».

Данные о случае, внесенные в ИС ВМП Министерства здравоохранения Российской Федерации, должны соответствовать информации в реестрах счетов.

2.4.8.6. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих ВМП, приведен в приложениях № 26, № 27 к настоящему Тарифному соглашению.

2.4.9. Оплата случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология».

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

2.4.9.2. Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО), а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов для оплаты случаев предусмотрены КСГ ds02.008-ds02.011.

Отнесение случаев проведения ЭКО к КСГ осуществляется на основании иных классификационных критериев, отражающих проведение различных его этапов (полная расшифровка кодов ДКК представлена в Методических рекомендациях).

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

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

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

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

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС не осуществляется.

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет один день в условиях дневного стационара.

2.4.10. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология».

Оплата по КСГ st19 и ds19 осуществляется при указании профиля медицинской помощи «онкология», «радиология», «радиотерапия».

2.4.10.1. Отнесение к КСГ, предусматривающим хирургическое лечение, осуществляется при комбинации диагнозов по кодам МКБ-10: C00-C80, C97 и D00-D09 и услуг, обозначающих выполнение оперативного вмешательства, по коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой.

К таким КСГ относятся:

Код КСГ	Наименование КСГ
<i>Стационар</i>	
st19.001	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.002	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.003	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3)
st19.004	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.005	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.006	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1)
st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st19.008	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3)
st19.009	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
st19.010	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)

Код КСГ	Наименование КСГ
st19.011	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3)
st19.012	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1)
st19.013	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2)
st19.014	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1)
st19.015	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2)
st19.016	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 1)
st19.017	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 2)
st19.018	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1)
st19.019	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2)
st19.020	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3)
st19.021	Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости
st19.022	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях
st19.023	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.024	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.025	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1)
st19.026	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2)
<i>Дневной стационар</i>	
ds19.016	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
ds19.017	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)

Если больному со злокачественным новообразованием выполнялось оперативное вмешательство, не являющееся классификационным критерием для

онкологических хирургических групп, то отнесение такого случая к КСГ производится по общим правилам, то есть к КСГ, формируемой по коду выполненного хирургического вмешательства, без учета кода диагноза злокачественного новообразования.

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.

2.4.10.2. Отнесение к соответствующей КСГ случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода МКБ-10, кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, а также в ряде случаев – количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций).

В случае отсутствия указания кода диапазона фракций в Расшифровке групп, отнесение случая к соответствующей КСГ осуществляется вне зависимости от числа фракций.

2.4.10.3. Для оплаты случаев лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией и лекарственными препаратами предусмотрены соответствующие КСГ. Отнесение к группам осуществляется по коду МКБ-10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой с учетом количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций) (при наличии), а также кода МНН лекарственных препаратов.

В случае отсутствия указания кода диапазона фракций в Расшифровке групп, отнесение случая к соответствующей КСГ осуществляется вне зависимости от числа фракций.

2.4.10.4. Формирование КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (C00-C80, C97, D00-D09) и кода схемы лекарственной терапии (sh0001 – sh9003).

За законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанному в Расшифровке групп КСГ к Методическим рекомендациям в столбце «Количество дней введения в тарифе» листа «Схемы лекарственной терапии».

Количество дней введения не равно числу введений, так как в один день больной может получать несколько лекарственных препаратов. Также количество дней введения не равно длительности госпитализации.

Оплата случая в рамках КСГ рассчитана исходя из определенного количества дней введения. При этом количество дней госпитализации может

превышать количество дней введения с учетом периода наблюдения пациента до и после введения лекарственных препаратов. В случае включения в тариф 1 дня введения лекарственных препаратов из нескольких дней, составляющих цикл, предполагается, что между госпитализациями с целью введения лекарственных препаратов (в том числе в рамках одного цикла) пациенту не показано пребывание в условиях круглосуточного и дневного стационара.

В случае применения многокомпонентной схемы, в которой в первое введение вводится несколько препаратов, а в последующие введения вводится один препарат, стоимость КСГ рассчитана по принципу усреднения затрат и распределена равномерно между введениями в рамках цикла. В указанных случаях для всех введений должен использоваться одинаковый код схемы.

Отнесение случаев лекарственного лечения с применением схем, не включенных в справочник в качестве классификационного критерия, производится по коду sh9003.

В случаях применения sh9003 обязательно проведение экспертизы качества медицинской помощи.

2.4.10.5. Отнесение случаев к группам КСГ st08.001-st08.003, ds08.001-ds08.003, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у детей, производится на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С», кодов Номенклатуры и возраста - менее 18 лет. Отнесение к указанным КСГ осуществляется по коду Номенклатуры: А25.30.014 «Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей».

2.4.10.6. Оплата случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканью (КСГ st19.090-st19.102 и ds19.063-ds19.078).

Отнесение случаев к указанным КСГ осуществляется по сочетанию кода МКБ-10 (коды С81-С96, D45-D47), кода длительности госпитализации, а также при наличии, кода МНН или АТХ группы применяемых лекарственных препаратов.

Длительность госпитализации распределена на 4 интервала: «1» - пребывание до 3 дней включительно, «2» - от 4 до 10 дней включительно, «3» - от 11 до 20 дней включительно, «4» - от 21 до 30 дней включительно.

Учитывая, что при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканью в ряде случаев длительность госпитализации может значительно превышать 30 дней, предполагается ежемесячная подача счетов на оплату, начиная с 30 дней с даты госпитализации. Для каждого случая, предъявляемого к оплате, отнесение к КСГ осуществляется на основании критериев за период, для которого формируется счет.

В случае если между последовательными госпитализациями перерыв составляет 1 день и более, то к оплате подаются 2 случая. При этом не допускается предъявление к оплате нескольких случаев в течение 30 дней, если

перерыв между госпитализациями составлял менее 1 дня (дата начала следующей госпитализации следовала сразу за датой выписки после предыдущей госпитализации). Также не допускается сочетание в рамках одного случая госпитализации и/или одного периода лечения оплаты по КСГ и по нормативу финансовых затрат на случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

2.4.10.7. Лечение лучевых повреждений.

Оплата случаев лечения лучевых повреждений осуществляется по КСГ st 19.103 и ds1 19.079 «Лучевые повреждения», а также st 19.104 «Эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях». При этом, эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях относится в том числе к хирургической онкологии.

Формирование КСГ st 19.103 и ds 19.079 «Лучевые повреждения» осуществляется на основании сочетания кода МКБ-10, соответствующего лучевым повреждениям, дополнительного кода С, а также иного классификационного критерия «olt», отражающего состояние после перенесенной лучевой терапии.

Формирование КСГ st 19.104 «Эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях» осуществляется на основании сочетания кода МКБ-10, соответствующего лучевым повреждениям, дополнительного кода С, иного классификационного критерия «olt», отражающего состояние после перенесенной лучевой терапии, а также следующих кодов Номенклатуры:

- А16.30.022 «Эвисцерация малого таза»;
- А16.30.022.001 «Эвисцерация малого таза с реконструктивно-пластическим компонентом».

2.4.10.8. Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения.

Отнесение к КСГ st36.012 и ds36.006 производится, если диагноз относится к классу С, при этом больному не оказывалось услуг, являющихся классификационным критерием (химиотерапии, лучевой терапии, хирургической операции). Данная группа может применяться в случае необходимости проведения поддерживающей терапии и симптоматического лечения.

При экспертизе качества медицинской помощи целесообразно обращать внимание на обоснованность подобных госпитализаций.

В соответствии с Программой по указанным КСГ, а также по КСГ st19.090-st19.093 ds19.063-ds19.066 «ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения» может осуществляться оплата случаев введения медицинской организацией лекарственных препаратов, предоставленных пациентом или иной организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования (за исключением лекарственных препаратов, приобретенных пациентом или его представителем за счет личных

средств).

2.4.10.9. Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования.

Отнесение случая к КСГ st27.014 осуществляется с применением соответствующего кода номенклатуры из раздела «В». Данная группа предназначена в основном, как для оплаты случаев госпитализаций в отделения/медицинские организации неонкологического профиля, когда в ходе обследования выявлено злокачественное новообразование с последующим переводом (выпиской) больного для лечения в профильной организации, так и для оплаты случаев госпитализации в отделения онкологического профиля с диагностической целью, включая также необходимость проведения биопсии.

2.4.10.10. Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования.

Проведение диагностики злокачественных новообразований методами молекулярно-генетических и иммуногистохимических исследований в условиях дневного стационара оплачивается по отдельной КСГ.

Отнесение к КСГ ds19.033 осуществляется в соответствии с иным классификационным критерием «mgi», применяемым для кодирования случаев госпитализации с обязательным выполнением биопсии при подозрении на злокачественное новообразование и проведением диагностических молекулярно-генетических и/или иммуногистохимических исследований.

В случае, если в условиях дневного стационара пациенту выполнена биопсия, являющаяся классификационным критерием КСГ с коэффициентом затратоемкости, превышающим коэффициент затратоемкости по КСГ ds19.033, оплата такой госпитализации осуществляется по КСГ с наибольшим коэффициентом затратоемкости.

2.4.10.11. КСГ st19.037 «Фебрильная нейтропения, агранулоцитоз вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований».

Данная КСГ применяется в случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз являются основным поводом для госпитализации после перенесенного специализированного противоопухолевого лечения. В случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз развивается у больного в ходе госпитализации с целью проведения специализированного противоопухолевого лечения, оплата производится по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Отнесение случаев лечения к КСГ st19.037 осуществляется по сочетанию двух кодов МКБ-10 (С. и D70 Агранулоцитоз). Учитывая, что кодирование фебрильной нейтропии, агранулоцитоза по КСГ st19.037 осуществляется в случаях госпитализации по поводу осложнений специализированного противоопухолевого лечения, в столбце «Основной диагноз» необходимо

указать диагноз, соответствующий злокачественному заболеванию, а код D70 необходимо указать в столбце «Диагноз осложнения».

В случае если код D70 указан в столбце «Основной диагноз», случай лечения будет отнесен к другой КСГ, не связанной с лечением злокачественного новообразования.

2.4.10.12. КСГ st19.122 «Поздний посттрансплантационный период после пересадки костного мозга»

Отнесение к КСГ st19.122 осуществляется по коду иного классификационного критерия «rbpt», соответствующего посттрансплантационному периоду для пациентов, перенесших трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток крови и костного мозга (от 30 до 100 дней).

2.4.11. Особенности формирования отдельных КСГ:

2.4.11.1. По профилю «Офтальмология».

Выполнение косметических процедур за счет средств ОМС не осуществляется.

В связи с этим оплата по КСГ услуги A16.26.046.001 «Эксимерлазерная фототерапевтическая кератэктомия» осуществляется только при лечении эрозии, язвы роговицы, кератита, помутнения роговицы, возникшего вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности компенсации вызванной ими иррегулярности роговицы с помощью очковой или контактной коррекции, услуг A16.26.046.002 «Эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» и A16.26.047 «Кератомилез» – при коррекции астигматизма или иррегулярности роговицы, возникших вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности их компенсации с помощью очковой или контактной коррекции. Аналогичные принципы применяются для медицинской услуги A16.26.046 «Кератэктомия».

Кодирование медицинского вмешательства по коду услуги A16.26.093 «Факоемульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация» возможно только при наличии противопоказаний к имплантации интраокулярной линзы, отраженных в первичной медицинской документации.

Выявление указанных случаев осуществляется в рамках проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

2.4.11.2. Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы.

КСГ st25.004 и ds25.001 предназначены для оплаты краткосрочных (не более 3 дней) случаев госпитализации, целью которых является затратноое диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения.

Отнесение к указанным КСГ производится по комбинации критериев: услуга, представляющая собой метод диагностического обследования, и терапевтический диагноз, в том числе относящийся к диапазонам I и Q20-Q28 по

МКБ-10 для болезней системы кровообращения.

2.4.11.3. Особенности формирования реанимационных КСГ.

Отнесение к КСГ st36.009 «Реинфузия аутокрови», КСГ st36.010 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация» и КСГ st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация» осуществляется соответственно по следующим кодам услуг Номенклатуры:

Код услуги	Наименование услуги
A16.20.078	Реинфузия аутокрови (с использованием аппарата cell-saver)
A16.12.030	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
A16.10.021.001	Экстракорпоральная мембранная оксигенация

Оплата случаев лечения с применением данных медицинских услуг осуществляется по двум КСГ – по сочетанию КСГ для оплаты лечения основного заболевания, являющегося поводом для госпитализации, и одной из вышеуказанных КСГ.

Отнесение случаев лечения пациентов с органной дисфункцией к КСГ st04.006 «Панкреатит с синдромом органной дисфункции», КСГ st12.007 «Сепсис с синдромом органной дисфункции», КСГ st12.013 «Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции», КСГ st27.013 «Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции», и КСГ st33.008 «Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции» осуществляется с учетом в том числе классификационного критерия – «оценка состояния пациента» с кодом «it1».

При этом необходимыми условиями кодирования случаев лечения пациентов с органной дисфункцией являются:

- непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 72 часов и более;

- оценка по шкале органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA) не менее 5 или оценка по шкале оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA) не менее 4.

Для кодирования признака «it1» должны выполняться одновременно оба условия. За основу берется оценка по шкале SOFA или pSOFA (для лиц младше 18 лет) в наиболее критическом за период госпитализации состоянии пациента.

Оценка состояния пациента по шкале SOFA осуществляется на основе оценки дисфункции шести органных систем (дыхательная, коагуляционная, печеночная, сердечно-сосудистая, неврологическая, почечная). Оценка каждого параметра в 0 баллов соответствует легкой дисфункции, оценка в 4 балла соответствует тяжелой недостаточности. Для оценки состояния пациентов младше 18 лет используется модифицированная шкала pSOFA.

Отнесение к КСГ st36.008 «Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их

длительном искусственном замещении» осуществляется по коду МКБ-10 (основное заболевание) и коду классификационного критерия «it2», означающего непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 480 часов и более.

2.4.11.4. Особенности формирования реабилитационных КСГ

Отнесение к КСГ st37.001-st37.018 и ds37.001-ds37.012, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В) вне зависимости от диагноза. При этом для отнесения случая к КСГ st37.001-st37.013 и к КСГ ds37.001-ds37.008 также применяется классификационный критерий – оценка состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), установленной Порядком медицинской реабилитации взрослых.

Состояние пациента по ШРМ оценивается при поступлении в круглосуточный стационар или дневной стационар по максимально выраженному признаку.

При оценке 0-1 балла по ШРМ пациент не нуждается в медицинской реабилитации; при оценке 2 балла пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара; при оценке 3 балла медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации; при оценке 4-6 баллов медицинская реабилитация осуществляется в стационарных условиях, а также в рамках выездной реабилитации в домашних условиях и консультаций в телемедицинском режиме.

Также для КСГ для случаев медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями центральной нервной системы st37.001–st37.003 и ds37.001–ds37.002 предусмотрена возможность кодирования применения ботулинического токсина в сочетании с оценкой по ШРМ 3-5 в стационарных условиях и 2-3 в условиях дневного стационара.

В модели КСГ предусмотрены группы «Медицинская реабилитация после онкоортопедических операций» (st37.019 и ds37.013) и «Медицинская реабилитация по поводу постмастэктомического синдрома в онкологии» (st37.020 и ds37.014), которые формируются по соответствующему коду МКБ-10 в сочетании с медицинской услугой B05.027.001 «Услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего операцию по поводу онкологического заболевания».

Для случаев медицинской реабилитации пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19, предусмотрены КСГ st37.021-st37.023 и к КСГ ds37.015-ds37.016. Формирование этих групп осуществляется по коду иного классификационного критерия, отражающего признак перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19, а также оценку по ШРМ (2-5 баллов соответственно). Перечень дополнительных классификационных

критериев с расшифровкой содержится на вкладке «ДКК» в Расшифровке групп КСГ к Методическим рекомендациям.

2.4.11.5. Особенности формирования КСГ для случаев лечения дерматозов (st06.004- st06.007 и ds06.002- ds06.005)

Отнесение к КСГ st06.004 и ds06.002 «Лечение дерматозов с применением наружной терапии» производится только по коду МКБ-10 (диагнозу).

Отнесение к КСГ st06.005 и ds06.003 «Лечение дерматозов с применением наружной терапии, физиотерапии, плазмафереза», st06.006 и ds06.004 «Лечение дерматозов с применением наружной и системной терапии», st06.007 и ds06.005 «Лечение дерматозов с применением наружной терапии и фототерапии» производится по комбинации кода МКБ-10 (диагноза) и иного классификационного критерия из диапазона «derm1»-«derm9», соответствующего примененному виду терапии в соответствии со справочником «ДКК» файла «Расшифровка групп». Для случаев лечения псориаза в ином классификационном критерии также предусмотрена оценка индекса тяжести и распространенности псориаза (PASI).

Также в указанные КСГ добавлен код МКБ-10 С84.0 - Грибовидный микоз. При этом сочетание кода С84.0 с иным классификационным критерием «derm4», или «derm5», или «derm7», или «derm8» возможно только при оказании медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология».

2.4.11.6. Оплата случаев лечения соматических заболеваний, осложненных старческой астенией.

КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией» формируется с учетом двух классификационных критериев – основного диагноза пациента (из установленного Расшифровкой групп КСГ к Методическим рекомендациям перечня) и сопутствующего диагноза пациента (R54 Старческая астения).

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи по данной КСГ также является лечение на геронтологической профильной койке и заполнение в реестрах счетов индекса базовой функциональной активности пациента по шкале Бартела на дату начала госпитализации и на дату окончания лечения.

2.4.11.7. Особенности формирования КСГ для случаев лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 (st12.015-st12.019)

Формирование групп осуществляется по коду МКБ-10 (U07.1 или U07.2) в сочетании с кодами иного классификационного критерия, отражающих тяжесть течения заболевания, или критерия, отражающего признак долечивания пациента с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Перечень дополнительных классификационных критериев с расшифровкой содержится в Расшифровке групп КСГ к Методическим рекомендациям.

Тяжесть течения заболевания определяется в соответствии с классификацией новой коронавирусной инфекции COVID-19 по степени

тяжести, представленной во Временных методических рекомендациях «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации. Каждой степени тяжести состояния соответствует отдельная КСГ st12.015-st12.018 (уровни 1-4).

Коэффициенты относительной затратно-емкости по КСГ st12.016-st12.018 (уровни 2-4), соответствующие случаям среднетяжелого, тяжелого и крайне тяжелого лечения, учитывают период долечивания пациента.

Оплата специализированной медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) осуществляется по соответствующим КСГ, без учета коэффициента дифференциации.

Правила оплаты госпитализаций в случае перевода на долечивание:

- в пределах одной медицинской организации - оплата в рамках одного случая оказания медицинской помощи (по КСГ с наибольшей стоимостью законченного случая лечения заболевания);

- в другую медицинскую организацию - оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата законченного случая лечения после перевода осуществляется по КСГ st12.019 «Новая коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)». Оплата прерванных случаев после перевода осуществляется в общем порядке.

- в амбулаторных условиях - оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в общем порядке, определенным тарифным соглашением.

Обязательным условием для оплаты случаев лечения по КСГ st12.015-st12.019 является наличие сведений о пациенте в информационном ресурсе учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (далее - Регистр), предусмотренном постановлением Правительства Российской Федерации от 31 марта 2020 № 373. Данные о случае, внесенные в Регистр (даты лечения, диагнозы, степень тяжести, наличие результатов компьютерной томографии, проведение ИВЛ, результат обращения и т.д.) должны соответствовать информации в реестрах счетов.

2.4.12. Случаи оказания медицинской помощи в приемном отделении/покое стационара без последующей госпитализации пациента, а также случаи госпитализации с продолжительностью до 1-х суток за исключением случаев, закончившихся летальным исходом, оплачиваются по тарифу неотложной помощи в условиях приемного отделения/покоя.

Факт обращения пациента в приемное отделение/покой должен быть зафиксирован в Журнале регистрации амбулаторных больных, в медицинской карте амбулаторного больного (ф. № 025-1/у), оформленной в приемном отделении/покое.

Минимальным объемом медицинских услуг, обосновывающим выставление счета на оплату по тарифу неотложной помощи в условиях приемного отделения/покоя, является осмотр врача приемного отделения/покоя (дежурного врача стационара) и выполнение не менее одного лабораторно-диагностического исследования или лечебного мероприятия.

2.4.13. При определении фактического количества дней лечения в рамках одного случая госпитализации день поступления и день выписки считается за 1 койко-день в условиях круглосуточного стационара, за 2 пациенто-дня в условиях дневного стационара.

2.5. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа.

2.5.1 При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата осуществляется:

Условие оказания медицинской помощи	Вид оплаты
в амбулаторных условиях	- за услугу диализа
в условиях дневного стационара	- по КСГ для оплаты услуг диализа и, при необходимости, в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, или со случаем оказания ВМП
в условиях круглосуточного стационара	- по КСГ для оплаты услуг диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания ВМП

В случае, если госпитализация пациента по основному заболеванию и диализ проводятся в двух разных МО, оплата производится по КСГ основного заболевания для МО, в которую госпитализирован пациент, и дополнительно по КСГ для МО, в которой проводится диализ.

Учитывая пожизненный характер проводимого лечения, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи за единицу объема в условиях дневного стационара принимается среднее количество услуг диализа, проведенного в течение одного месяца лечения.

Поправочные коэффициенты к стоимости услуг диализа, проведенных в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, не применяются.

2.5.2. Перечень тарифов на оплату услуг диализа, рассчитанных с применением коэффициентов относительной затроемкости к базовым тарифам на оплату услуг гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») и перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ»), представлен в приложении № 19 к Тарифному соглашению.

2.6. Порядок применения способов оплаты скорой медицинской помощи.

2.6.1 Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) приведен в приложении № 1 к Тарифному соглашению.

2.6.2. По подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, осуществляется финансовое обеспечение медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, в том числе скорой (специализированной) медицинской помощи, оказываемой в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

- расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии;

- оплаты скорой медицинской помощи лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации.

2.6.3. При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи осуществляется за счет средств, предусмотренных на организацию указанных мероприятий.

3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи применяются для возмещения расходов медицинским организациям, включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Республики Крым, при оказании медицинской помощи застрахованным в Республике Крым лицам и лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации.

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи сформированы в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, установленной Правилами ОМС и иными нормативными правовыми документами.

3.3. Сумма счета на оплату медицинской помощи в сфере ОМС при расчетах между СМО и медицинскими организациями осуществляется в полных рублях (сумма 50 копеек и более округляется до полного рубля, а менее 50 копеек не учитывается).

3.4. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцированно с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций в соответствии с приказом ФОМС от 29 декабря 2020 года № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»:

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

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

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

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

3.5. При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи применяется дифференциация тарифов на оплату медицинской помощи в части их размера и структуры, по группам медицинских организаций с учетом объективных критериев: вида медицинской помощи, количества ФАП.

3.6. Структура тарифов на оплату медицинской помощи установлена в соответствии с Территориальной программой ОМС, в том числе в части базовой программы ОМС с указанием рекомендуемой доли расходования средств в процентах по направлениям расходования средств:

а) расходы на заработную плату, начисления на оплату труда и прочие выплаты;

б) приобретение лекарственных средств и расходных материалов;

в) приобретение продуктов питания;

г) прочие статьи: затраты на приобретение мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества (за исключением капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения), расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 000,00 рублей за единицу.

Предельные нормативы расходов в структуре тарифа, связанные с расходами на аутсорсинговые услуги, могут быть уменьшены по статьям (приобретение продуктов питания, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов) в счет увеличения нормативов расходов на прочие статьи.

В структуру тарифа не включаются и не подлежат оплате расходы медицинских организаций по оказанию медицинской помощи (медицинской услуги) или необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом:

- не связанные с оказанием медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС;

- не связанные с деятельностью по Территориальной программе ОМС, в том числе расходы по содержанию имущества, сдаваемого в аренду и (или) используемого в коммерческой деятельности и т.д.:

- на проведение капитального ремонта нефинансовых активов (в том числе зданий и сооружений, приобретение материалов для проведения капитального ремонта и оплата труда работников, задействованных в проведении капитального ремонта, составление и экспертиза проектно-сметной документации, капитальный ремонт оборудования, автомобилей и т.д.);

- услуги и работы для целей капитальных вложений;

- на приобретение иммунобиологических препаратов для вакцинации населения в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям;

- на приобретение основных средств стоимостью свыше 100 000,00 рублей за единицу (за исключением средств, полученных за оказание ВМП);

- расходы на оплату получения высшего и/или среднеспециального образования, обучение в ординатуре, интернатуре;

- прочие расходы, финансируемые согласно Территориальной программе государственных гарантий за счет бюджетов всех уровней.

3.7. При наличии нескольких источников финансирования не допускается возмещение общебольничных расходов исключительно за счет средств ОМС. При отнесении расходов по источникам финансирования необходимо определить целесообразные критерии распределения расходов по источникам для статей расходов и утвердить их в учетной политике организации.

3.8. При определении соответствующих направлений расходования средств следует руководствоваться Порядком применения классификации операций сектора государственного управления, утвержденным приказом Министерства финансов Российской Федерации от 29 ноября 2017 года № 209н, Классификацией основных средств, включаемых в амортизационные группы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 1 января 2002 года № 1, и Общероссийским классификатором основных фондов ОК 013-2014, утвержденным приказом Росстандарта от 12 декабря 2014 года № 2018-ст.

3.9. Тарифы на оплату медицинской помощи в части расходов на

заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, включая денежные выплаты:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

медицинским работникам ФАП (заведующим ФАП, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе за проведение профилактических мероприятий.

3.10. Рекомендуемые нормативы расходов в структуре тарифа на оплату медицинской помощи по Территориальной программе ОМС составляют:

Вид медицинской помощи	Доля расходов, процент			
	Расходы на оплату труда, начисления на выплаты по оплате труда и прочие выплаты не более, процент	Приобретение лекарственных препаратов и материалов, применяемых в медицинских целях, не менее, процент	Приобретение продуктов питания не менее, процент	Прочие расходы (мягкий инв., 221, 222, 223, 224, 225, 226, 290, 310, 340) не более, процент
Стационарная медицинская помощь				
III уровень	63,5	17,2	4,0	15,3
II уровень	62,6	16,8	4,0	16,6
I уровень	60,4	15,7	4,0	19,9
Медицинская реабилитация	62,6	1,8	14,8	20,8
Амбулаторная медицинская помощь	75,0	5,0	-	20,0*
Стоматологическая помощь	65,0	15,0	-	20,0*
Медицинская помощь в дневных стационарах	59,6	21,8	1	17,6
Скорая медицинская помощь: без применения тромболитической терапии	75,0	5,0	-	20,0
с применением тромболитической терапии	2,3	97,2	-	0,5
Гемодиализ	20,0	77,0	-	3,0
Перитонеальный диализ	15,0	82,0	-	3,0

Применение вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО)	25,0	70,0	-	5,0
Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП)	30,0	64,5	1,0	4,5

* допускается расходование средств ОМС на приобретение специализированного питания для категорий медицинских работников за вредные и опасные условия труда

Рекомендуемое среднее значение доли заработной платы в услуге диализа по данным учета фактических затрат представлено в таблице:

№	Код	Услуга	Условия оказания	Единица оплаты	Значение средней доли заработной платы, не менее, процент	Значение средней доли заработной платы, не более, процент
1	A18.05.002; A18.05.002.002	Гемодиализ, Гемодиализ интермиттирующий низкопоточный	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	20	40
2	A18.05.002.001	Гемодиализ интермиттирующий высокопоточный	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	20	40
3	A18.05.011	Гемодиафильтрация	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	20	40
4	A18.05.004	Ультрафильтрация крови	стационарно	услуга	20	40
5	A18.05.002.003	Гемодиализ интермиттирующий продленный	стационарно	услуга	20	40
6	A18.05.003	Гемофильтрация крови	стационарно	услуга	20	40
7	A18.05.004.001	Ультрафильтрация крови продленная	стационарно	услуга	20	40
8	A18.05.011.001	Гемодиафильтрация продленная	стационарно	услуга	20	40
9	A18.05.002.005	Гемодиализ продолжительный	стационарно	сутки	15	30
10	A18.05.003.002	Гемофильтрация крови продолжительная	стационарно	сутки	15	30
11	A18.05.011.002	Гемодиафильтрация продолжительная	стационарно	сутки	15	30
12	A18.30.001	Перитонеальный диализ	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	день обмена	15	30

№	Код	Услуга	Условия оказания	Единица оплаты	Значение средней доли заработной платы, не менее, процент	Значение средней доли заработной платы, не более, процент
13	A18.30.001.001	Перитонеальный диализ проточный	стационарно	день обмена	15	30
14	A18.30.001.002	Перитонеальный диализ с использованием автоматизированных технологий	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	день обмена	15	30
15	A18.30.001.003	Перитонеальный диализ при нарушении ультрафильтрации	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	день обмена	15	30

Транспортное обеспечение пациентов, нуждающихся в заместительной почечной терапии в случае проведения сеансов гемодиализа (перитонеального диализа) в составе тарифа не предусмотрено.

3.11. Расходы на оплату труда свыше рекомендуемых нормативов, установленных п.3.10. настоящего Тарифного соглашения, осуществляются при условии обеспечения в полном объеме необходимых для оказания медицинской помощи материальных затрат в соответствии со стандартами медицинской помощи и при экономии расходов, а также при отсутствии кредиторской задолженности.

3.12. В случае невыполнения медицинскими организациями утвержденных плановых объемов предоставления медицинской помощи, выплата заработной платы и оплата других расходов в рамках Территориальной программы ОМС, включенных в территориальные нормативы финансовых затрат, за невыполненный объем не являются обязательством сферы ОМС.

3.13. Использование медицинскими организациями средств ОМС на финансирование медицинской помощи, не включенной в Территориальную программу ОМС, а также на оплату видов расходов, не включенных в структуру тарифов, является нецелевым.

3.14. За использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, медицинская организация уплачивает в бюджет ТФОМС Республики Крым штраф в размере 10 процентов от суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки.

Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет ТФОМС Республики Крым в течение 10 рабочих дней со дня предъявления ТФОМС Республики Крым соответствующего требования.

3.15. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

3.15.1. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, предусматривают компенсацию расходов на посещение врачей определенных специальностей, медицинских работников со средним медицинским образованием, ведущих самостоятельный прием и компенсацию расходов медицинской организации на весь комплекс мероприятий по диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации.

Комиссией вне зависимости от применяемого способа оплаты установлены единые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемые при МУР и МТР.

3.15.2. Расчет общего объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях и среднего подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях в расчете на одно застрахованное лицо (FO_{CP}^{AMB}).

Общий объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих с по следующей формуле:

$$OC_{AMB} = (NO_{PROF} \times NFZ_{PROF} + NO_{O3} \times NFZ_{O3} + NO_{NEOTL} \times NFZ_{NEOTL}) \times CZ - OC_{MTR}, \text{ где:}$$

OC_{AMB} объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Крым, рублей;

NO_{PROF} средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений, посещений;

NO_{O3} средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, обращений;

NO_{NEOTL} средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

НФЗ _{ПРОФ}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
НФЗ _{ОЗ}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
НФЗ _{НЕОТЛ}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС _{МТР}	объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей;
Ч _з	численность застрахованного населения Республики Крым, человек.

Размер среднего подушевого норматива финансирования (ФО_{СР}^{АМБ}), предусмотренный Требованиями, рассчитывается путем деления ОС_{АМБ} на численность застрахованного населения в Республике Крым.

3.15.3. Определение объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации)

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Крым (ОС_{ПНФ-проф}), рассчитывается без учета средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, и средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, определяется по следующей формуле:

$$ОС_{ПНФ-проф} = ОС_{АМБ} - ОС_{ФАП} - ОС_{ИССЛЕД} - ОС_{УД} - ОС_{НЕОТЛ} - ОС_{ЕО} - ОС_{ПО} - ОС_{ДИСП}, :$$

где: ОС _{ФАП}	объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Территориальной программой государственных гарантий размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (при необходимости – за исключением медицинской помощи в неотложной форме), рублей;
ИССЛЕД	объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС _{уд}	объем средств, направляемых на оплату углубленной диспансеризации в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС _{НЕОТЛ}	объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей (используется в случае принятия Комиссией решения о финансировании медицинской помощи в неотложной форме вне подушевого норматива);
ОС _{ЕО}	объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам (в том числе комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация»), рублей;
ОС _{ПО}	объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС _{ДИСП}	объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (за исключением углубленной диспансеризации), рублей.

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (ОС_{ФАП}), рассчитывается в соответствии с разделом 3.15.15. и включает в себя в том числе объем средств на оплату медицинской помощи в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах в неотложной форме.

В подушевой норматив не включаются отдельные виды расходов (на стоматологическую медицинскую помощь, медицинскую помощь по профилю «Акушерство и гинекология» и «Онкология», на проведение отдельных видов диагностических исследований и средства, направляемые на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, таких как молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), которые подлежат оплате за соответствующую единицу объема медицинской помощи.

3.15.4. Расчет базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц

Исходя из объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Крым определяется значение «базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, исключаяющего влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, стоимости проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (в размере не менее 5 процентов от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц)» (далее – базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи) по следующей формуле:

$$ПН_{\text{БАЗ}} = \left(\frac{ОС_{\text{ПНФ-проф}}}{Ч_3 \times КД} \right) \times (1 - Рез), \text{ где:}$$

$ПН_{\text{БАЗ}}$ базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, рублей;

$ОС_{\text{ПНФ-проф}}$ объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на

	оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), рублей;
Рез	доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (составляет в размере 5 процентов);
КД	единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

3.15.5. Объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, рассчитывается по следующей формуле:

$$ОС_{исслед} = \sum(Н_{оj} \times Н_{фzj}) \times Ч_3, \text{ где:}$$

$Н_{оj}$	средний норматив объема медицинской помощи для проведения j-го исследования (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)), установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, исследований;
$Н_{фzj}$	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения j-го исследования (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)), установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
$Ч_3$	численность застрахованного населения Республики Крым, человек.

3.15.6. Объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи в неотложной форме, рассчитывается по следующей формуле:

$$ОС_{неотл} = Н_{неотл} \times Н_{фzнеотл} \times Ч_3.$$

3.15.7. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (ПН_{БАЗ}) в расчете на одно застрахованное лицо, составляет:

с 01 января 2022 - 3 343,79 рублей в год, в месяц – 278,65 рублей, а без учета объема средств на оплату профилактических осмотров (диспансеризации) соответственно – 2 139,94 рублей и 178,33 рубля

и определяется по следующей формуле:

$$\text{ПН}_{\text{БАЗ}} = \frac{\text{ОС}_{\text{ПНФ-проф}}}{\text{Ч}_3 \times \text{КД}}, \text{ где:}$$

$\text{ПН}_{\text{БАЗ}}$ базовый подушевой норматив финансирования, рублей;

КД единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключая влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи (включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации), стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, в том числе за вызов скорой медицинской помощи, и оказываемой в фельдшерских, фельдшерских-акушерских пунктах, устанавливаемый в тарифных соглашениях в соответствии с Требованиями, рассчитывается следующим образом:

$$\text{Пр}_{\text{АМБ}} = \frac{\text{ПН}_{\text{БАЗ}} \times \text{КД}}{\text{ФО}_{\text{СР}}^{\text{АМБ}}}.$$

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, за исключением:

- стоматологической медицинской помощи;
- медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», за исключением медицинской помощи, оказанной средним медицинским персоналом в ФП/ФАП;
- медицинской помощи по профилю «Онкология»;
- неотложной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в том числе в приемных отделениях стационаров без последующей госпитализации в течение одних суток;

- отдельных медицинских услуг, в том числе услуг диализа (в соответствии с приложениями № 19, № 20 к Тарифному соглашению);

- медицинской помощи, предоставляемой лицам, застрахованным в Республике Крым, в других субъектах Российской Федерации;

- медицинской помощи, предоставляемой лицам, застрахованным в Республике Крым, не прикрепленным ни к одной медицинской организации.

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

В медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по территориально-участковому принципу к оплате принимаются посещения (обращения) с диагнозами, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 марта 2019 года № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», от 04 июня 2020 года № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями» и от 31 октября 2012 года № 560н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская онкология» с обязательным указанием сведений о диспансерном наблюдении по поводу заболевания (состояния): состоит, взят, снят по причине выздоровления, снят по другим причинам.

3.15.8. Правила применения коэффициента специфики оказания медицинской помощи ($K_{C_{MO}}$).

Подушевые нормативы финансирования для каждой медицинской организации определены дифференцированно с учетом коэффициентов специфики оказания медицинской помощи $K_{C_{MO}}$, значения которых приведены в приложении № 5 к Тарифному соглашению.

В качестве объективных критериев при расчете коэффициентов специфики оказания медицинской помощи использовано достижение целевых показателей заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Крым.

Коэффициент достижения целевых показателей заработной платы медицинских работников определяется на основании данных отчетной формы 65ф «Сведения о среднесписочной численности, фонде начисленной заработной платы, среднемесячной начисленной заработной плате работников медицинских организаций», утвержденной приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26 марта 2013 года № 65 «Об установлении формы и порядка предоставления отчетности о заработной плате работников медицинских организаций в сфере ОМС», по следующей формуле:

$$K_{цп} = \frac{\text{ФОТ}_{\text{дк}}}{\text{ФОТ}_{\text{зп}}}$$

ФОТ_{дк} фонд оплаты труда согласно «дорожной карты», рублей;

ФОТ_{зп} фонд начисленной заработной платы, рублей.

При условии достижения целевого показателя по «дорожной карте».

Также, при расчете коэффициентов специфики оказания медицинской помощи по каждой медицинской организации учтен половозрастной состав населения в виде половозрастных коэффициентов дифференциации.

3.15.9. Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации.

С целью учета различий в потреблении медицинской помощи устанавливаются половозрастные коэффициенты дифференциации.

Коэффициенты дифференциации рассчитываются на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, но не реже одного раза в год, и о численности застрахованных лиц за данный период.

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива выполняется следующий алгоритм:

Численность застрахованных лиц в Республике Крым распределяется на половозрастные группы. Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц в Республике Крым распределяется на следующие половозрастные группы:

- 1) до года мужчины/женщины;
- 2) год – четыре года мужчины/женщины;
- 3) пять – семнадцать лет мужчины/женщины;
- 4) восемнадцать – шестьдесят четыре года мужчины/женщины;
- 5) шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

Все лица, застрахованные в Республике Крым в расчетном периоде, распределяются на половозрастные группы. К расчету коэффициентов дифференциации принимается численность застрахованных лиц на территории Республики Крым, определяемая на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц на первое число первого месяца расчетного периода.

Затраты на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам определяются на основании реестров счетов, предъявленных на оплату за медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях (по видам, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу) за расчетный период в разрезе половозрастной структуры застрахованных лиц на территории Республики Крым.

Определяется размер затрат на одно застрахованное лицо (Р) в Республике Крым (без учета возраста и пола) по формуле:

$$P = Z/M/Ч$$

- З затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам за расчетный период;
- М количество месяцев в расчетном периоде;
- Ч численность застрахованных лиц на территории Республики Крым.

Определяются размеры затрат на одно застрахованное лицо, попадающее в j-тый половозрастной интервал (P_j), по формуле:

$$P_j = Z_j/M_j/Ч_j$$

- Z_j затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в j-тый половозрастной интервал за расчетный период;
- $Ч_j$ численность застрахованных лиц Республики Крым, попадающего в j-тый половозрастной интервал.

Рассчитываются коэффициенты дифференциации $KД_j$ для каждой половозрастной группы по формуле:

$$KД_j = P_j/P$$

Значения коэффициентов дифференциации группы приведены в приложение № 3 к Тарифному соглашению.

Значения половозрастных коэффициентов дифференциации $KД_{ПВ}^i$ для медицинских организаций рассчитываются по следующей формуле:

$$KД_{ПВ}^i = \sum_j (KД_{ПВ}^j \times Ч_3^j) / Ч_3^i, \text{ где:}$$

- $KД_{ПВ}^i$ половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-той медицинской организаций;
- $KД_{ПВ}^j$ половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для j-той половозрастной группы (подгруппы);
- $Ч_3^j$ численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, в j-той половозрастной группе (подгруппе), человек;
- $Ч_3^i$ численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек.

Значения коэффициентов дифференциации $KД_{ПВ}^i$ для медицинских организаций приведены в приложении № 3 к Тарифному соглашению.

3.15.10. Расчет коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала.

В медицинской организации с учетом наличия у нее подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц применяются следующие коэффициенты дифференциации $KД_{ОТ}$ в размере:

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, не менее 1,113;

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, – не менее 1,04.

Коэффициент дифференциации $KД_{ОТ}$ рассчитывается по формуле:

$$KД_{ОТ}^i = \left(1 - \sum D_{ОТj}\right) + \sum (KД_{ОТj} \times D_{ОТj})$$

$KД_{ОТ}^i$ коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i-той медицинской организаций (при наличии);

$D_{ОТj}$ доля населения, обслуживаемая j-ым подразделением, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (значение от 0 до 1);

$KД_{ОТj}$ коэффициент дифференциации, применяемый к j-ому подразделению, расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание и оплату труда персонала.

Значения коэффициентов дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала представлены в приложении № 4 к Тарифному соглашению.

3.15.11. Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования, не включающих средства на оплату мероприятий по

проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования, не включающие средства на оплату мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Крым ($ДП_H^i$), рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по следующей формуле:

$$ДП_H^i = ПН_{БАЗ} \times КС_{заб}^i \times КД_{ОТ}^i \times КУ_{МО}^i \times КД^i, \text{ где:}$$

$ДП_H^i$ дифференцированный подушевой норматив для i -той медицинской организации, рублей;

$КС_{заб}^i$ коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий уровень и структуру заболеваемости, половозрастной состав обслуживаемого населения, включая лиц в возрасте 65 лет и старше, плотность расселения обслуживаемого населения, транспортную доступность медицинской организации и её структурных подразделений, климатические и географические особенности территории обслуживания населения для i -той медицинской организации;

$КД_{ОТ}^i$ коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий наличие подразделений медицинской организации, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, для i -той медицинской организации;

$КУ_{МО}^i$ коэффициент уровня i -той медицинской организации;

$КД^i$ коэффициент дифференциации i -той медицинской организации.

3.15.12. Расчет значений коэффициента специфики оказания медицинской помощи, учитывающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации)

При определении дифференцированных подушевых нормативов финансирования учитывается объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), распределенный для медицинской организации, путем расчета следующего коэффициента:

$$КС_{проф}^i = \frac{ОС_{проф}^i + ОС_{ПНФ-проф}^i}{ОС_{ПНФ-проф}^i}, \text{ где:}$$

$КС_{\text{проф}}^i$ – коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), для i -той медицинской организации;

$ОС_{\text{проф}}^i$ – общий объем средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан (за исключением углубленной диспансеризации), порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами, распределенный для i -той медицинской организации решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$ОС_{\text{ПНФ-проф}}^i$ – объем средств на оплату медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях, за исключением $ОС_{\text{проф}}^i$, рублей.

Учитывая, что в соответствии с Программой оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи, объем средств на оплату углубленной диспансеризации не учитывается при расчете $КС_{\text{проф}}^i$.

$ОС_{\text{ПНФ-проф}}^i$ для i -й медицинской организации рассчитывается по следующей формуле:

$$ОС_{\text{ПНФ-проф}}^i = ДП_{\text{Н}}^i \times Ч_3 \times ПК.$$

Упрощенная формула расчета $КС_{\text{проф}}^i$ выглядит следующим образом:

$$КС_{\text{проф}}^i = 1 + \frac{ОС_{\text{проф}}^i}{ДП_{\text{Н}}^i \times Ч_3 \times ПК}$$

3.15.13. Расчет фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования применяются фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинской организации, имеющей прикрепленное население, которые рассчитываются по формуле:

$$ФДП_{\text{Н}}^i = ДП_{\text{Н}}^i \times ПК \times КС_{\text{проф}}^i, \text{ где:}$$

$ФДП_{\text{Н}}^i$ фактический дифференцированный подушевой норматив

финансирования амбулаторной медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей.

3.15.14. Расчет значений поправочного коэффициента

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, к объему средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а также средств на выплаты по итогам оценки результативности деятельности медицинских организаций), рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$\text{ПК} = \frac{\text{ОС}_{\text{ПНФ-проф}} \times (1 - \text{Рез})}{\sum_i (\text{ДП}_i^i \times \text{Ч}_3^i)}$$

Размер фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций ФДПн^i , а также значение поправочного коэффициента ПК приведены в приложении № 7 к Тарифному соглашению.

Месячный объем финансирования медицинской организации по дифференцированному подушевому нормативу рассчитывается и утверждается приказом ТФОМС Республики Крым и доводится до медицинских организаций и СМО.

3.15.15. Расчет объема финансового обеспечения ФП/ФАП.

Размер финансового обеспечения ФП/ФАП при условии их соответствия требованиям, установленным Приказом № 543н составляет в среднем:

ФП/ФАП, обслуживающий до 100 жителей – 815,8 тыс. рублей (применен понижающий коэффициент в зависимости от численности населения, обслуживаемого ФП/ФАП, к размеру финансового обеспечения ФП/ФАП, обслуживающего от 100 до 900 – 0,75);

ФП/ФАП, обслуживающий от 100 до 900 жителей – 1 087,7 тыс. рублей;

ФП/ФАП, обслуживающий от 900 до 1 500 жителей – 1 723,1 тыс. рублей;

ФП/ФАП, обслуживающий от 1 500 до 2 000 жителей – 1 934,9 тыс. рублей;

ФП/ФАП, обслуживающий свыше 2 000 жителей – 2128,4 тыс. рублей.

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение ФП/ФАП ($\text{ОС}_{\text{ФАП}}^i$) в i -той медицинской организации, рассчитывается следующим образом:

$$\text{ОС}_{\text{ФАП}}^i = \sum_n (\text{Ч}_{\text{ФАП}}^n \times \text{БНФ}_{\text{ФАП}}^n \times \text{КС}_{\text{БНФ}}^n), \text{ где:}$$

$OC_{ФАП}^i$	объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i-той медицинской организации;
$Ч_{ФАП}^n$	число фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n-типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению);
$БНФ_{ФАП}^n$	базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа;
$КС_{БНФ}^n$	коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом № 543н (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов определен разделом 6 Программы, устанавливается значение коэффициента равное 1).

Дифференцированный размер средств, направляемых на финансовое обеспечение одного ФП/ФАП, не соответствующего требованиям, установленным Приказом № 543н рассчитывается по формуле:

$$\Phi O_{ФАП} = \Phi P O_{ФАП} \times П K_{ФАП}$$

$\Phi O_{ФАП}$ – дифференцированный размер финансового обеспечения ФП/ФАП n-го типа, рублей;

$\Phi P O_{ФАП}$ – размер финансового обеспечения ФП/ФАП n-го типа, содержит:
- 75 процентов - затраты на формирование фонда оплаты труда с начислениями;

- 25 процентов - затраты на содержание и обеспечение материально-технической базы ФП/ФАП, затраты на приобретение медикаментов.

$П K_{ФАП}$ – поправочный коэффициент ФП/ФАП рассчитывается по следующей формуле:

$$П K_{ФАП} = 0,75 \times K_{УК} + 0,25 \times K_{МТО}$$

$П K_{ФАП}$ не может быть больше единицы.

$K_{УК}$ – коэффициент укомплектованности ФП/ФАП кадрами определяется по следующей формуле:

$$K_{\text{ук}} = \frac{ЗД_{\text{ФАП}}}{РШН_{\text{ФАП}}}$$

$ЗД_{\text{ФАП}}$ – количество занятых должностей ФП/ФАП;
 $РШН_{\text{ФАП}}$ – количество рекомендуемых Приказом № 543н штатных нормативов ФАП.

При этом число рекомендуемых штатных нормативов ФАП, обслуживающего до 100 жителей, соответствует числу рекомендуемых штатных нормативов ФАП, обслуживающего от 101 до 900 жителей.

Число рекомендуемых штатных нормативов ФАП, обслуживающего свыше 2 000 жителей, соответствует числу рекомендуемых штатных нормативов ФАП, обслуживающего от 1 501 до 2 000 жителей.

$K_{\text{МТО}}$ – коэффициент материально-технической оснащенности ФП/ФАП определяется по следующей формуле:

$$K_{\text{МТО}} = \frac{\text{процент оснащения от норматива}}{100}$$

В случае если $K_{\text{ук}} = 0$, финансирование ФП/ФАП не осуществляется.

В случае, если оказание первичной медико-санитарной помощи не осуществляется в ФП/ФАП по причине отсутствия среднего медицинского персонала (вакантная должность, работник находится в отпуске по уходу за ребенком) – $K_{\text{ук}} = 0$.

$K_{\text{ук}}$ и $K_{\text{МТО}}$ определяются на основании отчетов, предоставляемых медицинскими организациями ежемесячно до 10 числа следующего за отчетным месяцем.

В случае, если у ФП/ФАП в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н, годовой размер финансового обеспечения ФП/ФАП учитывает объем средств, направленных на финансовое обеспечение ФП/ФАП за предыдущие периоды с начала года и рассчитывается следующим образом:

$$ОС_{\text{ФАП}}^j = ОС_{\text{ФАПнг}}^j + \left(\frac{\text{ФРО}_{\text{ФАП}}^j}{12} \times n_{\text{ФАП}} \right)$$

$ОС_{\text{ФАП}}^j$ фактический размер финансового обеспечения ФП/ФАП;

$ОС_{\text{ФАПнг}}^j$ размер средств, направленный на финансовое обеспечение ФП/ФАП с начала года;

$\text{ФРО}_{\text{ФАП}}^j$ размер финансового обеспечения ФП/ФАП, рассчитанный на основании размеров финансового обеспечения и поправочных коэффициентов (на год);

$n_{\text{ФАП}}$ количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения ФП/ФАП.

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение ФП/ФАП, включает в себя в том числе объем средств на оплату медицинской помощи в ФП/ФАП в неотложной форме.

Актуализированная информация предоставляется только по ФП/ФАП, имеющим лицензию или уведомление об осуществлении видов деятельности из числа указанных в части 1 статьи 12 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности», осуществление которой на территориях Республики Крым и города Севастополя допускается с 01 июня 2015 года без получения лицензии.

Перечень ФП/ФАП и объем средств, направляемых на их финансовое обеспечение представлен в приложении № 6 к Тарифному соглашению.

Медицинские организации обеспечивают целевой характер использования средств, выделяемых на финансирование ФП/ФАП.

3.15.16 Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации.

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 медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 года № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрирован в Минюсте России 30 июня 2021 года № 64042) (далее – Приказ № 404н), от 10 августа 2017 года № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (зарегистрирован в Минюсте России 18 августа 2017 года № 47855) (далее – Приказ № 514н), от 15 февраля 2013 года № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (зарегистрирован в Минюсте России 2 апреля 2013 года № 27964) (далее – Приказ № 72н), от 11 апреля 2013 года № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (зарегистрирован в Минюсте России 21 мая 2013 года № 28454) (далее – Приказ № 216н), и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими

осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, применяемые при МУР, в том числе дифференцированные в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни и использования для проведения профилактических осмотров и диспансеризации мобильных медицинских бригад установлены в приложении № 22 к Тарифному соглашению.

3.15.17 Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

При оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи размер финансового обеспечения медицинской организации складывается исходя из фактически оказанных объемов медицинской помощи и определяется по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{ФАКТ}} = \sum (O_{\text{МП}} \times T)$$

$\Phi O_{\text{ФАКТ}}$ фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;

$O_{\text{МП}}$ фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, посещений (обращений);

T тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рублей.

Тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, является единым для всех медицинских организаций Республики Крым, отнесенных к одному уровню (подуровню).

Финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, а также видов расходов, не включенных в подушевой норматив, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (за исключением мероприятий по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам и медицинской помощи, оказываемой с применением телемедицинских технологий, оплата которых осуществляется с использованием МУР).

Тарифы на посещения, обращения, медицинские услуги при оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами рассчитаны с учетом повышающего коэффициента в размере 1,15 и установлены в приложении № 9 к Тарифному соглашению.

3.15.18 Итоговый объем финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи.

Итоговый объем финансового обеспечения первичной медико-санитарной

помощи в конкретной медицинской организации определяется следующим образом:

$$\Phi O_{\text{ФАКТ}}^i = O C_{\text{ДС}}^i + \Phi \text{ДП}_H^i \times \text{Ч}_3^i + O C_{\text{ФАП}}^i + O C_{\text{ИССЛЕД}}^i + O C_{\text{НЕОТЛ}}^i + O C_{\text{ЕО}}^i$$

- $\Phi O_{\text{ФАКТ}}^i$ фактический размер финансового обеспечения i -той медицинской организации в части оказания первичной медико-санитарной помощи, рублей;
- $O C_{\text{ДС}}^i$ размер средств, направляемых на оплату первичной-медико-санитарной помощи по КСГ, оказываемой в i -той медицинской организации в условиях дневного стационара;
- $O C_{\text{ИССЛЕД}}^i$ размер средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований в i -той медицинской организации;
- $O C_{\text{НЕОТЛ}}^i$ размер средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в i -той медицинской организации;
- $O C_{\text{ЕО}}^i$ размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в i -той медицинской организации в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в Республике Крым лицам (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Территориальной программой государственных гарантий нормативами).

3.15.19 Применение показателей результативности деятельности медицинской организации.

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими целевых значений показателей результативности деятельности.

Перечень показателей результативности деятельности медицинской организации и их целевые значения установлены в приложении № 8 к Тарифному соглашению.

Посредством указанных показателей учитывается в обязательном порядке выполнение объемов, установленных решением Комиссии.

Размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу определяется по следующей формуле:

$$OC_{\text{ПН}} = \Phi ДП_{\text{Н}}^i \times Ч_3^i + OC_{\text{РД}}, \text{ где:}$$

$OC_{\text{ПН}}$ финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, рублей;

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

Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, устанавливается в размере 5 процентов от суммы подушевого финансирования медицинской организации ($Дрд = 0,05$).

Мониторинг достижения целевых значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации проводится Комиссией, раз в квартал.

Оценка результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью осуществления выплат стимулирующего характера, производится по итогам каждого полугодия.

Оценка достижения целевых значений показателей результативности деятельности медицинских организаций оформляется решением Комиссии, которое доводится до сведения медицинских организаций не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения целевых значений показателей результативности деятельности, складывается из двух частей:

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

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций, достигших не менее 50 процентов целевых значений показателей результативности (то есть набравших не менее 50 процентов от максимального количества баллов для данной медицинской организации) с учетом численности прикрепленного населения.

$$OC_{\text{РД(нас)}}^j = \frac{0,7 \times OC_{\text{РД}}^j}{\sum \text{Числ}}, \text{ где:}$$

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

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

\sum Числ – численность прикрепленного населения в j -м периоде ко всем медицинским организациям, достигшим не менее 50 процентов целевых значений показателей результативности, человек.

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

$$\text{Числ}_i^j = \frac{\text{Ч}_{\text{мес}1} + \text{Ч}_{\text{мес}2} + \dots + \text{Ч}_{\text{мес}11} + \text{Ч}_{\text{мес}12}}{12}, \text{ где:}$$

$\text{Ч}_{\text{мес}}$ – среднегодовая численность прикрепленного населения к i -той медицинской организации в j -м году, человек;

$\text{Ч}_{\text{мес}1}$ – численность прикрепленного населения к i -той медицинской организации по состоянию на 1 число первого месяца j -го года, человек;

$\text{Ч}_{\text{мес}2}$ – численность прикрепленного населения к i -той медицинской организации по состоянию на 1 число второго месяца года, следующего за j -тым, человек;

$\text{Ч}_{\text{мес}11}$ – численность прикрепленного населения к i -той медицинской организации по состоянию на 1 число одиннадцатого месяца j -го года, человек;

$\text{Ч}_{\text{мес}12}$ – численность прикрепленного населения к i -той медицинской организации по состоянию на 1 число двенадцатого месяца j -го года, человек;

Объем средств, направляемый в i -ю медицинскую организацию, достигшую не менее 50 процентов целевых значений показателей результативности, за j -тый период при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности ($ОС_{РД(нас)}^j$), рассчитывается следующим образом:

$$ОС_{РД(нас)}^j_i = ОС_{РД(нас)}^j \times \text{Числ}_i^j, \text{ где}$$

Числ_i^j – численность прикрепленного населения в j -м периоде к i -той медицинской организации, достигшей не менее 50 процентов целевых значений показателей результативности, человек.

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

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций, достигших не менее 70 процентов целевых значений показателей

результативности (то есть набравших не менее 70 процентов от максимального количества баллов для данной медицинской организации) с учетом количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов.

$$ОС_{РД(балл)}^j = \frac{0,3 \times ОС_{РД}^j}{\sum Балл}, \text{ где:}$$

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

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

$\sum Балл$ – количество баллов, набранных в j-м периоде всеми медицинскими организациями, достигшими не менее 70 процентов целевых значений показателей результативности, баллов.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию, достигшую не менее 70 процентов целевых значений показателей результативности за j-тый период, при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций ($ОС_{РД(балл)}^j_i$), рассчитывается следующим образом:

$$ОС_{РД(балл)}^j_i = ОС_{РД(балл)}^j \times Балл_i^j, \text{ где}$$

$Балл_i^j$ – количество баллов, набранных в j-м периоде i-той медицинской организацией, достигшей не менее 70 процентов целевых значений показателей результативности, баллов.

Общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи по итогам достижения не менее 70 процентов целевых значений показателей результативности в медицинскую организацию за j-тый период определяется путем суммирования 1 и 2 частей, а для медицинских организаций, достигших менее 50 процентов целевых значений показателей результативности за j-тый период, – равняется нулю.

Осуществление выплат стимулирующего характера в полном объеме медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности следует производить при условии фактического выполнения не менее 90 процентов, установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно). При условии выполнения медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи, Комиссия вправе применять понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат в зависимости от процента исполнения.

При этом коллективными договорами, соглашениями, локальными

нормативными актами, заключаемыми в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права и регулируемыми системы оплаты труда в медицинских организациях, в том числе системы доплат и надбавок стимулирующего характера и системы премирования, необходимо предусмотреть стимулирующие выплаты медицинским работникам за достижение аналогичных показателей.

Сумма средств, подлежащая выплате медицинской организации за достижение целевых значений показателей результативности деятельности, прибавляется к сумме средств подушевого финансирования и перечисляется в медицинскую организацию в месяце, следующем за заседанием Комиссии, на котором были утверждены результаты оценки.

Остаток средств дополнительного финансирования, направляемого на выплаты стимулирующего характера, не использованного в связи с недостижением медицинскими организациями целевых значений показателей результативности деятельности за отчетный квартал, подлежит распределению в рамках подушевого финансирования в очередном финансовом периоде.

3.16. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.

3.16.1. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, предусматривают компенсацию расходов в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в рамках законченного случая, включая расходы:

- все виды анестезии, включая наркоз (лекарственными препаратами, входящими в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств);

- лекарственные препараты и медицинские изделия в соответствии с действующими нормативными документами и перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств;

- лабораторные, рентгенологические исследования, другие лечебно-диагностические исследования.

3.16.2. Тариф законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара включает, в том числе, расходы медицинских организаций на выполнение в иных медицинских организациях необходимых пациенту консультативных, диагностических и (или) лечебных медицинских мероприятий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по основному заболеванию, и (или) при обострении сопутствующего заболевания, и (или) возникающих острых состояниях от момента поступления до выписки.

3.16.3. Расчет за выполнение в иных медицинских организациях необходимых пациенту консультативных, диагностических и (или) лечебных

медицинских мероприятий, проводится в рамках МУР в соответствии с приложением № 21 к Тарифному соглашению.

3.16.4. Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, рассчитаны с учетом:

1) Средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), которая составляет 24 348,00 рубля.

3) коэффициента относительной затратоемкости ($K_{ЗКСГ}$), значение которого устанавливается на федеральном уровне;

4) коэффициента дифференциации (КД) – 1,0;

5) поправочных коэффициентов:

а) коэффициента специфики оказания медицинской помощи ($K_{СКСГ}$), значение которого устанавливается в диапазоне от 0,8 до 1,4;

б) коэффициентов уровня (подуровня) медицинской организации ($K_{УСмо}$), установленных в размере:

Уровень/подуровень медицинской организации (отделения медицинской организации)	Коэффициент
1	0,9
2.1	0,95
2.2	1,1
3.1	1,1
3.2	1,2

в) коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП), перечень случаев и значения для которых установлены в приложении № 31 к Тарифному соглашению.

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

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

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных приложением № 31, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

3.16.5. Стоимость одного случая госпитализации в стационаре ($СС_{КСГ}$) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов, 3.18. Тарифного соглашения) определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ/КПГ} = БС \times КД \times (K_{ЗКСГ/КПГ} \times ПК + КСЛП), \text{ где}$$

- БС размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПП (базовая ставка), рублей;
- $KZ_{КСГ/КПП}$ коэффициент относительной затратно-емкости КСГ (подгруппы в составе КСГ) или КПП, к которой отнесен данный случай госпитализации;
- ПК поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПП (интегрированный коэффициент, рассчитываемый на региональном уровне);
- КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05 мая 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).
 Данный коэффициент используется в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации, в том числе для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований.
- КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

Поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты, по следующей формуле:

$$ПК = K_{КСГ/КПП} \times K_{УСМО}, \text{ где}$$

- $K_{КСГ/КПП}$ коэффициент специфики КСГ или КПП, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ или КПП);
- $K_{УСМО}$ коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент.

При этом базовая ставка (без учета коэффициента дифференциации), коэффициенты специфики оказания медицинской помощи и коэффициенты сложности лечения пациента являются едиными при оплате медицинской помощи во всех без исключения медицинских организациях.

3.16.6. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) и коэффициента приведения, в стационарных условиях определяется исходя из следующих параметров:

- объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и оплачиваемой по КСГ (ОС);

- общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ ($\text{Ч}_{\text{сл}}$);

- среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ (СПК).

3.16.6.1. Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) рассчитывается по формуле:

$$\text{БС} = \frac{\text{ОС} - \text{О}_{\text{слп}}}{\text{Ч}_{\text{сл}} \times \text{СПК} \times \text{КД}}$$

СПК рассчитывается по формуле:

$$\text{СПК} = \frac{\sum (\text{КЗ}_i \times \text{ПК}_i \times \text{КД}_i \times \text{Ч}_{\text{сл}}^i)}{\text{Ч}_{\text{сл}}}$$

При расчете базовой ставки в качестве параметра $\text{О}_{\text{слп}}$ используется сумма, характеризующая вклад коэффициента сложности лечения пациента в стоимость законченного (прерванного) случая лечения заболевания, рассчитываемую по следующей формуле:

$$\text{О}_{\text{слп}} = \sum \left(\text{С}_{\text{КСГ/КПГ}} - \frac{\text{С}_{\text{КСГ/КПГ}}}{\text{КСЛП}_i} \right), \text{ где:}$$

$\text{С}_{\text{КСГ/КПГ}}$ – стоимость i -го случая лечения, оплаченного по КСГ/КПГ (с учетом применения КСЛП в 2021 году);

КСЛП_i – размер КСЛП, применяемый при оплате i -го случая оказания медицинской помощи в 2021 году.

3.16.6.2 Значение коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке.

Коэффициенты приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке, исключаяющей влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента сложности лечения пациентов, устанавливаемый в тарифных соглашениях в соответствии с Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения (далее – Требования), рассчитывается следующим образом:

$$КП = \frac{БС}{НФЗ}, \text{ где}$$

- БС** размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПГ (базовая ставка) с учетом единого коэффициента дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанного в соответствии с Постановлением № 462, рублей
- НФЗ** Норматив финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневного стационара или норматив финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, рублей;

Значение коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях к базовой ставке, исключающей влияние применяемых коэффициентов относительной затратноёмкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации и коэффициента сложности лечения пациентов – 0,62.

3.16.6.3. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях, установленный Территориальной программой ОМС, составляет 39 385,00 рублей (раздел 6 Территориальной программы государственных гарантий).

3.17. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

3.17.1. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, предусматривают компенсацию расходов на диагностику и случай лечения, включенный в соответствующую группу заболеваний.

3.17.2. Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, рассчитываются с учетом:

1) Средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), которая составляет 13 916,00 рублей;

3) коэффициента относительной затратноёмкости (КЗксг), значение которого устанавливается на федеральном уровне;

4) коэффициента дифференциации (КД) – 1,0;

5) поправочных коэффициентов:

а) коэффициента специфики оказания медицинской помощи (КС_{КСГ}), значение которого устанавливается в диапазоне от 0,8 до 1,4;

б) коэффициента уровня оказания медицинской помощи в дневных стационарах (КУСмо) – 1,0;

Уровень медицинской организации	Коэффициент
1	0,9
2	1,05

в) коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП) – 0,0.

Перечень клинико-статистических групп заболеваний, коэффициенты относительной затратно-стоимости, коэффициенты специфики для оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, стоимость случая лечения приведены в приложении № 35 к Тарифному соглашению.

Значение коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара к базовой ставке, исключая влияние применяемых коэффициентов относительной затратно-стоимости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации и коэффициента сложности лечения пациентов – 0,58.

3.17.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ в условиях дневного стационара, определяется аналогично базовой ставке в стационарных условиях.

Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) в условиях дневного стационара составляет 13 916,00 рублей.

3.17.4. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара, установленный Территориальной программы ОМС, составляет 23 885,90 рублей (раздел 6 Территориальной программы государственных гарантий).

3.18. Особенности оплаты случаев, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов.

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

$$CC_{КСГ/КПП} = BC \times KZ_{КСГ/КПП} \times ((1 - D_{ЗП}) + D_{ЗП} \times ПК \times КД) + BC \times КД \times КСЛП$$

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

$KZ_{КСГ}$ – коэффициент относительной затратно-стоимости по КСГ, к которой отнесен

данный случай госпитализации

Дзп	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливаемое на федеральном уровне значение, к которому применяется КД);
ПК	поправочный коэффициент оплаты КСГ (интегрированный коэффициент, рассчитываемый на региональном уровне);
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ круглосуточного и дневного стационаров представлена в приложениях № 33, № 38 к Тарифному соглашению.

3.19. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, в том числе на основе подушевого норматива финансирования оказанной вне медицинской организации.

3.19.1 В соответствии с Требованиями, на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, определен размер средств на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$ОС_{СМП} = (Н_{ОСМП} \times Н_{ФЗ_{СМП}}) \times Ч_3 - ОС_{МТР}, \text{ где:}$$

$ОС_{СМП}$	объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Республики Крым, рублей;
$Н_{ОСМП}$	средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, вызовов;
$Н_{ФЗ_{СМП}}$	средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

OC_{MTP} объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов, рублей;

$Чз$ численность застрахованного населения Республики Крым, человек.

Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, рассчитан по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{CMT} = \frac{OC_{CMT}}{Чз}, \text{ где}$$

OC_{CMT} объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующих в реализации территориальной программой государственных гарантий, рублей;

$Чз$ численность застрахованного населения Республики Крым, человек.

3.19.2. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации рассчитан исходя из объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республике Крым(Пн_{БАЗ}) по следующей формуле:

$$Пн_{БАЗ} = \frac{OC_{CMT} - OC_{B}}{Чз \times КД}, \text{ где:}$$

$Пн_{БАЗ}$ базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;

OC_{B} объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам за вызов, рублей,

$КД$ единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

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

Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключаящий влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской

помощи (включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, в том числе за вызов скорой медицинской помощи, и оказываемой в фельдшерских, фельдшерских-акушерских пунктах, установленный в Тарифном соглашении, рассчитан следующим образом:

$$\text{Пр}_{\text{СМП}} = \frac{\text{Пн}_{\text{БАЗ}} \times \text{КД}}{\text{ФО}_{\text{СР}}^{\text{СМП}}}$$

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, в том числе скорую (специализированную) медицинскую помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

- расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии;

- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС.

Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации ($\text{Пн}_{\text{БАЗ}}$), составляет 760,64 рублей в год, в месяц – 67,36 рубля.

Коэффициент приведения среднего норматива финансирования к базовому нормативу финансирования при оплате скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации равен 0,98736.

Определение дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи.

На основе среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи рассчитан дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций по следующей формуле:

$$\text{ДПн}^i = \text{Пн}_{\text{БАЗ}} \times \text{КС}_{\text{СМП}}^i \times \text{КД}^i, \text{ где:}$$

$ДПН^i$	дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей;
$КС_{СМП}^i$	коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи i -той медицинской организацией.
$КД^i$	коэффициент дифференциации i -той медицинской организации (применяется в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации).

Коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи ($КС_{СМП}^i$) определяется для каждой медицинской организации по следующей формуле:

$$КС_{СМП}^i = КД_{пв} \times КУ_{мо} \times КД_{пн}, \text{ где:}$$

$КД_{пв}$ половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей МО;

$КУ_{мо}$ коэффициент уровня i -той МО;

$КД_{пн}$ коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность населения, транспортную доступность МО, климатические и географические особенности отдельных территорий субъекта РФ.

Коэффициент уровня медицинской организации, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания (вызов скорой медицинской помощи), для всех медицинских организаций принимается равным в размере 1.

Перечень коэффициентов специфики оказания скорой медицинской помощи является исчерпывающим. Использование иных коэффициентов недопустимо.

При этом при расчете каждого коэффициента дифференциации значение, равное 1, соответствует средневзвешенному уровню расходов, учитываемых для расчета коэффициента.

При осуществлении дифференциации подушевого норматива основным фактором дифференциации является половозрастной состав прикрепившегося населения, в соответствии с которым рассчитывается коэффициент специфики оказания медицинской помощи.

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи численность застрахованных лиц распределена на половозрастные группы (подгруппы). При этом для каждой половозрастной группы (подгруппы) рассчитаны единые значения коэффициента дифференциации.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по

дифференцированным подушевым нормативам финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{П_{НБАЗ} \times Ч_3 \times КД}{\sum_i (ДПН^i \times Ч_3^i)}, \text{ где:}$$

$Ч_3^i$ численность застрахованных лиц, обслуживаемых i -той медицинской организацией, человек.

В случае, если при расчете фактических дифференцированных подушевых нормативов используется поправочный коэффициент, отличный от 1, указанный коэффициент в обязательном порядке отражается в тарифном соглашении.

В случае, если базовый подушевой норматив уже включает в себя поправочный коэффициент, параметр КД при расчете поправочного коэффициента не применяется.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации для группы (подгруппы) медицинских организаций (ФДПН) рассчитан по формуле:

$$ФДПН^i = ДПН^i \times ПК, \text{ где:}$$

$ФДПН^i$ фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей.

3.19.3 Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определяется исходя из значения, дифференцированного подушевого норматива, численности обслуживаемого населения, а также объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов по следующей формуле:

$$ФО_{СМП} = ФДПН \times Ч_{3ПР} + ОСВ$$

$ФО_{СМП}$ размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей;

$ФДПН$ фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинской организации, рублей;

$Ч_{3ПР}$ численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек.

3.19.4 Оплата скорой медицинской помощи осуществляется в соответствии с тарифами, установленными приложениями №№ 39-41 к Тарифному соглашению.

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

4.1. Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС осуществляется СМО и ТФОМС Республики Крым в соответствии со статьей 40 Закона №326-ФЗ.

4.2. В случае выявления по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи нарушений СМО и ТФОМС Республики Крым к медицинской организации применяются меры, предусмотренные статьей 41 Закона №326-ФЗ и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС на основании приложения № 44 к Тарифному соглашению.

5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению всех сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с момента их подписания сторонами.

5.2. Индексация тарифов на оплату медицинской помощи производится при наличии экономии средств ОМС по результатам выполнения Территориальной программы ОМС и (или) при увеличении доходов бюджета ТФОМС Республики Крым, направляемых на выполнение Территориальной программы ОМС.

5.3. Тарифное соглашение считается действующим при условии подписания его представителями всех сторон.

5.4. Стоимость лечения застрахованного лица определяется по утвержденным тарифам, действующим на день выписки больного.

5.5. Распределение объемных и финансовых показателей планов оказания медицинской помощи медицинских организаций, работающих в сфере ОМС, в 2021 году производится в рамках объемов и стоимости медицинской помощи, установленных решением Комиссии. Контроль соответствия фактических объемов медицинской помощи плановым объемам в целом по медицинской организации обеспечивается ТФОМС Республики Крым в рамках централизованного расчета стоимости медицинской помощи в соответствии с установленными способами оплаты медицинской помощи.

5.6. Данное Тарифное соглашение распространяется на взаимоотношения сторон по оплате за медицинскую помощь, оказанную по тарифам, установленным в приложениях к Тарифному соглашению, и действует с 01.01.2022 до 31.12.2022, за исключением Приложения № 20, Приложения № 35, которые вступают в действие с 01.02.2022.

5.7. Настоящее Тарифное соглашение включает в себя 45 приложений, являющихся неотъемлемой частью Тарифного соглашения.

5.8. Настоящее Тарифное соглашение составлено и подписано в единственном экземпляре, который хранится в ТФОМС Республики Крым.

5.9. Тарифное соглашение от 30.12.2021 признать утратившим силу.

ПРИЛОЖЕНИЯ

№ п/п	Наименование приложения	Упоминание в тексте
1	Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и скорую медицинскую помощь вне медицинской организации	п.2.2.1. п.2.6.1.
2	Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь третьего уровня в амбулаторных условиях, не имеющих прикрепившихся лиц	п.2.2.1.
3	Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для медицинской помощи в амбулаторных условиях и скорой медицинской помощи	п.3.15.9
4	Перечень медицинских организаций (отдельных структурных подразделений медицинских организаций), для которых применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала	п.3.15.10.
5	Размер половозрастных коэффициентов дифференциации (КДпв), коэффициентов специфики оказания медицинской помощи (КСмо), коэффициентов уровня оказания медицинской помощи (КУмо), оказанной в амбулаторных условиях, для медицинских организаций, имеющих прикрепившихся застрахованных лиц, учитывающих объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации)	п.3.15.8. п.3.15.9. п.3.15.11
6	Перечень фельдшерско-акушерских пунктов и размер годового финансового обеспечения	п.3.15.13. п.3.15.15.
7	Дифференцированный подушевой норматив на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, для медицинских организаций, имеющих прикрепившихся застрахованных лиц	п.3.15.13. п.3.15.14.
8	Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и критерии их оценки	п.3.15.19.
9	Тарифы на оплату первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях (посещения с профилактической и иной целью, разовые посещения по заболеванию), и в рамках межучрежденческих расчетов между медицинскими организациями	п.3.15.15. п.3.15.17.
10	Тарифы на оплату первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях (обращения по заболеванию), и в рамках межучрежденческих расчетов между медицинскими организациями	п.3.15.15. п.3.15.17.
11	Тарифы на оплату первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме	п.2.2.3.
12	Тарифы на оплату первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме в приемном покое, не требующей госпитализации	п.2.2.3.
13	Тарифы на оплату первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в центрах амбулаторной онкологической помощи	-

14	Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации взрослого населения, в том числе для мобильных медицинских комплексов	п.2.3.2. п.3.15.16
15	Тарифы по профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения, в том числе для мобильных медицинских комплексов	п.2.3.2. п.3.15.16
16	Тарифы на комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних	п.2.3.2. п.3.15.16
17	Тарифы на оплату диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации	п.2.3.2. п.3.15.16
18	Тарифы на оплату диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью	п.2.3.2. п.3.15.16
19	Тарифы на оплату медицинских услуг диализа	п.2.5.2. п.3.15.7.
20	Тарифы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии)	п.2.2.6. п.3.15.17.
21	Тарифы на лечебно-диагностические услуги для проведения межучрежденческих расчетов между медицинскими организациями, производимые страховыми медицинскими организациями	п.3.16.3. п.2.3.3.
22	Тарифы на лечебно-диагностические услуги для проведения межучрежденческих расчетов между медицинскими организациями, проводимые страховыми медицинскими организациями, в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансерного наблюдения, профилактических медицинских осмотров взрослого населения и несовершеннолетних	п.3.16.3. п.2.3.3. п.3.15.16.
23	Тарифы на оплату стоимости 1 УЕТ при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях	п.2.2.5.
24	Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях	п.2.2.5.
25	Перечень медицинских организаций (отделений медицинских организаций), по уровням оказания медицинской помощи в стационарных условиях	п.2.4.1.
26	Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологическую медицинскую помощь в стационарных условиях	п.2.4.8.6.
27	Перечень структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих высокотехнологическую медицинскую помощь, к которым применяется коэффициент третьего уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях	п.2.4.8.6.

28	Перечень клинико-статистических групп заболеваний, коэффициенты относительной затратно-емкости, коэффициенты специфики для оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, и стоимость случая лечения с учетом уровня (подуровня) медицинской организации	п.3.16.4.
29	Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования	п.2.4.8.4.
30	Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее	п.2.4.6.1.
31	Перечень случаев, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП)	п.3.16.4.
32	Перечень КСГ круглосуточно стационара, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию	п.2.4.6.2. п.2.4.6.3.
33	Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями круглосуточного стационара	п.3.18.
34	Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара	п.2.4.1.
35	Перечень клинико-статистических групп заболеваний, коэффициенты относительной затратно-емкости, коэффициенты специфики для оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, стоимость случая лечения	п.3.17.2.
36	Перечень КСГ дневного стационара, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее	п.2.4.6.1.
37	Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию	п.2.4.6.2.
38	Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями дневного стационара	п.3.18
39	Тарифы на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования	п.3.19.5.
40	Тарифы на оплату вызова бригады скорой медицинской помощи при отсутствии у медицинской организации застрахованного обслуживаемого населения, а также при оплате скорой медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на других территориях Российской Федерации	п.3.19.4.
41	Тарифы на оплату вызова бригады скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии	п.3.19.4.
42	Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий	-
43	Тарифы на медицинскую помощь, оказываемую с применением телемедицинских технологий в рамках межучрежденческих расчетов между медицинскими организациями	-

44	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), размеров и условий применения финансовых санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Крым	п.4.2
45	«Тарифы на оплату исследований и медицинских вмешательств, включенных в углубленную диспансеризацию».	п.2.2.7.

Врио министра здравоохранения
Республики Крым


К.В. Скорупский
«04» марта 2022 года

Главный врач ГБУЗ РК
«Симферопольская
центральная районная
клиническая больница»


Ю.А. Семенов
«04» марта 2022 года

Генеральный директор
ООО «СМК» Крыммедстрах»


Е.А. Сидорова
«04» марта 2022 года

Директор
Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Республики Крым


А.Ю. Карпеев
«04» марта 2022 года

Председатель Крымской
республиканской организации
профсоюза работников
здравоохранения Российской
Федерации


О.Г. Турчанинова
«04» марта 2022 года

Председатель Крымской
ассоциации врачей


Л.Д. Мусаева
«04» марта 2022 года