ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
на оплату медицинских услуг, оказываемых в объеме
территориальной программы обязательного медицинского страхования
Карачаево-Черкесской Республики на 2022 год

24.01.2022г.

Министерство здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики в лице Министра здравоохранения Шаманова К.А., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Карачаево-Черкесской Республики в лице директора Джанкезова А.С., филиал Акционерного общества «Медицинская акционерная страховая компания» (АО «МАКС-М») в г.Черкесске в лице директора Гочияева Б.Х-А., Карачаево-Черкесская республиканская организация профсоюза работников здравоохранения в лице председателя Тебуева А.М., Некоммерческое партнерство «Медицинская палата КЧР» в лице председателя Хунова З.Д., в соответствии с протоколом Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Карачаево-Черкесской Республике от 24.01.2022 года №1, заключили настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинских услуг, оказываемых в объеме территориальной программы обязательного медицинского страхования Карачаево-Черкесской Республики на 2022 год (далее - Тарифное соглашение) о нижеследующем:

I. Общие положения

Статья 1. Основания заключения Тарифного соглашения

Настоящее Тарифное соглашение разработано в соответствии с:

1. Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

2. Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон №326-ФЗ);

3. Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 №2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023-2024 годов» (далее - ПГГ РФ);

4. Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на

осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - Постановление № 462);

5. Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее - Правила ОМС);

6. Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда ОМС по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – Методические рекомендации по способам оплаты);

7. Проектом постановления Правительства Карачаево-Черкесской Республики «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 и на плановый период 2023 и 2024 годов в Карачаево-Черкесской Республике» (далее - ТПГГ КЧР);

8. Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (Перечь ЖНиВЛП), устанавливаемым в соответствии с Федеральным законом от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;

9. Приказом 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»;

10. Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, определенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020г. №1397н (далее –Требования).

Статья 2. Предмет Тарифного соглашения

1. Предметом Тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС (далее - тариф) на территории Карачаево-Черкесской Республики.

2. Настоящее Тарифное соглашение регулирует правоотношения сторон, а также страховых медицинских и медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС (далее соответственно - СМО, МО), возникающие при формировании тарифов и их применении в рамках реализации территориальной программы ОМС.

3. Настоящее Тарифное соглашение устанавливает общие принципы и порядок формирования тарифов, формирование затрат в тарифах, порядок и условия применения тарифов, в том числе порядок урегулирования разногласий, возникающих при формировании и применении тарифов, общие требования к формированию информации об оказанной медицинской помощи и тарифы на соответствующий финансовый год.

4. Настоящее Тарифное соглашение и тарифы применяются для расчетов за медицинскую помощь, оказываемую в соответствии с территориальной программой ОМС застрахованным на территории Карачаево-Черкесской Республики лицам, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную МО, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации лицам, по видам медицинской помощи, установленным базовой программой ОМС.

Статья 3. Стороны Тарифного соглашения

На основании статей 30 и 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», статьи 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сторонами Тарифного соглашения являются Министерство здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Карачаево-Черкесской Республики, филиал Акционерного общества «Медицинская акционерная страховая компания» (АО «МАКС-М») в г. Черкесске, Карачаево-Черкесская республиканская организация профсоюза работников здравоохранения, Некоммерческое партнерство «Медицинская палата КЧР» в лице уполномоченных представителей.

Статья 4. Основные термины, понятия и сокращения, используемые в Тарифном соглашении

1. Случай госпитализации - случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС;

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

3. Базовая ставка (БС) - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТПГГ КЧР;

4. Коэффициент относительной затратоемкости оказания медицинской помощи по КСГ (КЗ) - коэффициент отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к БС;

5. Коэффициент уровня (подуровня) оказания стационарной медицинской помощи (КУС) - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, отражающий разницу в затратах медицинских организаций на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований в медицинских организациях разного уровня, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий;

6. Коэффициент специфики (КС)– 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;

7. Коэффициент сложности лечения пациента (kслп) –устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, применяемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи;

8. Коэффициент дифференциации (КД) - коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением №462 (установлен в размере 1,017);

9. Условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи (далее - УЕТ) - норматив времени, затраченный на оказание стоматологической медицинской помощи. УЕТ применяется для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях.

10. Посещение - это контакт пациента с врачом, медицинским работником, имеющим среднее медицинское образование, ведущим самостоятельный прием в амбулаторно-поликлинической организации (подразделении), с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного (постановка диагноза, назначение лечения, записи динамического наблюдения и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

К посещениям относятся случаи обращения застрахованных лиц в МО, не связанные с возникновением внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний или иных патологий, в том числе:

-комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров;

-комплексные посещения для проведения диспансеризации, в том числе углубленной;

-посещения с иными целями:

посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений),(за исключением 1-го посещения);

посещения для проведения 2 этапа диспансеризации;

разовые посещения в связи с заболеваниями;

посещения центров здоровья;

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

посещения центров амбулаторной онкологической помощи;

посещения в связи выдачей справок и иных медицинских документов и другими причинами.

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

Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утверждаемой Минздравом России (далее – Талон).

II Способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории Карачаево-Черкесской Республики

Статья 5. Сведения о применяемых способах оплаты медицинской помощи

В соответствии с ТПГГ КЧР установлены следующие способы оплаты медицинской помощи:

1.При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

1.1. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой

системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патоло- гоанатомические 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;

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

медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис 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, ультразву-кового 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;

1.3. По нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации – используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими, фельдшерско-акушерскими пунктами, с учетом соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи);

1.4. За услугу/КСГ(законченный случай) – используется при оплате диализа.

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

2.1. За случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний).

При оказании услуг диализа - по КСГ (законченный случай);

2.2. За прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, в соответствии с таблицей 1 пункта 4 статьи 9 настоящего Тарифного соглашения.

3.При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

3.1. За случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

При оказании услуг диализа - по КСГ (законченный случай);

3.2. За прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с 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 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, согласно таблице 2 пункта 4 статьи 9 настоящего Тарифного соглашения.

4.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)

4.1. По подушевому нормативу финансирования;

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

Перечень МО, участвующих в реализации территориальной программы ОМС в разрезе условий оказания медицинской помощи и способы оплаты, применяемые для оплаты медицинской помощи приведены в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

III Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Статья 6. Расходы, включенные в структуру тарифов

1. Расходы, включенные в структуру тарифов в рамках базовой программы ОМС, определяются ч.7 ст.35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», ПГГ РФ и приказом МФ РФ от 29.11.2017 №209н (в актуальной редакции).

Структура тарифа включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в МО лаборатории и

диагностического оборудования), организации питания (при отсутствииорганизованного питания в МО), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников МО, установленное законодательством РФ, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

2. Использование средств ОМС МО на финансирование медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС, на возмещение затрат, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС, является нецелевым и подлежит восстановлению в доход бюджета Территориального фонда ОМС, в соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона №326-ФЗ.

3. МО формируют учетную политику в соответствии с установленной Федеральным законом обязанностью ведения раздельного учета доходов и расходов по операциям со средствами ОМС и иными средствами.

Статья 7. Общие принципы оплаты медицинской помощи и порядок формирования тарифов

1. Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы ОМС на территории КЧР, осуществляется в соответствии с федеральными нормативными правовыми актами, регулирующими порядок оплаты медицинской помощи из средств ОМС, настоящим Тарифным соглашением, иными утвержденными в установленном порядке нормативными правовыми актами, регулирующими правоотношения в сфере ОМС, а также в соответствии с условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

2. Медицинская помощь, оказанная лицам, застрахованным на территории КЧР оплачивается ежемесячно, в размере не более 1/12 объема предоставления медицинской помощи и его финансового обеспечения, установленного решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Карачаево-Черкесской Республике (далее – Комиссия) на год.

3. Порядок формирования тарифа по ОМС устанавливается в соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Статья 8. Тарифы и основные подходы к оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

1. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (кроме углубленной), II этапа диспансеризации включается в размер подушевого норматива 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, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ.

Порядок применения показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, и методика их оценки, установлены в приложении 24 к настоящему Тарифному соглашению.

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

Оплата углубленной диспансеризации осуществляется:

- в рамках I этапа углубленной диспансеризации – за комплексное посещение в сочетании с оплатой за единицу объема оказания медицинской помощи, включающее исследования и медицинские вмешательства в соответствии с приложением 3 ТПГГ КЧР;
- в рамках II этапа углубленной диспансеризации – за единицу объема оказания медицинской помощи, включающей исследования и медицинские вмешательства в соответствии с приложением 3 ТПГГ КЧР.

Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации определены в соответствии с объемом медицинских исследований по Методике расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в составе Правил ОМС (далее – Методика расчета тарифов).

Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а также тарифы с учетом работы в выходные дни, использования мобильных медицинских бригад с применением передвижного медицинского комплекса), тарифы II этапа диспансеризации, установлены приложением 3 и приложением 4 к настоящему Тарифному соглашению. Тарифы на оплату углубленной диспансеризации приведены в приложении 5;

2. Порядок направления на отдельные диагностические (лабораторные) исследования устанавливается нормативно-правовым актом Министерства здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики.

Медицинской организации, оказавшей данное исследование, в реестре

счета необходимо указать информацию о МО, выдавшей направление и дате направления.

Тарифы на оплату тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), отдельных диагностических (лабораторных) исследований, в том числе компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, а также базовые нормативы финансовых затрат и коэффициенты, применяемые для определения стоимости для каждого метода указанных исследований, установлены в приложении 2 к настоящему Тарифному соглашению.

3. Медицинская реабилитация, порядок организации которой утвержден приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, от 31 июля 2020 г. № 788н (для взрослых) от 23 октября 2019 г. № 878н (для детей), осуществляется медицинскими организациями или иными медицинскими организациями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность с указанием работ (услуг) по медицинской реабилитации.

Оплата обращения по заболеванию при оказании по профилю «Медицинская реабилитация» осуществляется за единицу объема медицинской помощи - комплексное посещение, включающее не менее 10 посещений.

4. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений, осуществляется за счет других источников финансирования (кроме средств ОМС).

Для учета объемов медицинской помощи лечение в течение одного месяца принимается за одно обращение (в среднем 12,5 процедур).

Учитывая постоянный характер проводимого лечения, рекомендуется ведение одной амбулаторной карты (учетная форма № 025/у) в течение календарного года (в том числе и в случае ведения электронной амбулаторной карты), несмотря на количество законченных случаев лечения по данной нозологии у конкретного пациента (с момента начала проведения диализа в текущем году до 31 декабря текущего года).

Для расчета услуг различных методов диализа, к установленному настоящим Тарифным соглашением базовому тарифу на оплату гемодиализа (без учета коэффициента дифференциации), рассчитанному в соответствии с Методикой расчета тарифов, включающему в себя расходы, определенные частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ, применяются установленные Методическими рекомендациями по способам оплаты коэффициенты относительной

затратоемкости и коэффициент дифференциации к стоимости услуги с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи (36,8%).

5. Для оплаты стоматологической медицинской помощи, оказываемой в указанных ниже МО, единицей объема следует считать посещение с иными целями, а также обращение по поводу заболевания, стоимость которых корректируется с учетом содержащегося в них количества УЕТ:

РГБЛПУ «Республиканская стоматологическая поликлиника», РГБЛПУ «Республиканская детская стоматологическая поликлиника», РГАУЗ «Зеленчукская районная стоматологическая поликлиника», РГАУЗ «Усть-Джегутинская районная стоматологическая поликлиника», ООО «Ренессанс», ООО «Центр здоровья», РГАУЗ «Карачаевская центральная стоматологическая поликлиника», ООО «Медицинский центр «Восход», ООО «КДЦ «Аура».

При оказании стоматологической помощи необходимо соблюдать принцип максимальной санации полости рта при одном посещении, для чего вводится условное понятие «стоматологическое посещение с лечебной целью». Законченный случай (обращение, стоматологическое посещение с лечебной целью) оказания стоматологической помощи предъявляется к оплате как совокупная стоимость оказанных стоматологических лечебно-диагностических услуг врачами-стоматологами и зубными врачами пациенту для достижения результата обращения.

Стоматологическая лечебно-диагностическая услуга предъявляется к оплате в случае, если соответствующая медицинская услуга не является составляющей частью оказанной пациенту комплексной медицинской услуги - приема (осмотра, консультации) врача-стоматолога или зубного врача.

Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) установлен в приложении 14 к настоящему Тарифному соглашению.

Кратность УЕТ в одном посещении с иными целями по стоматологии (выдача справок и иных медицинских документов и др.) устанавливается в размере 1,3 - взрослые и 1,57 – дети.

Кратность УЕТ в одном стоматологическом посещении с лечебной целью) устанавливается в размере 6,0.

Учитывая время на оказание одной УЕТ врачом (10 минут), максимальное количество УЕТ в одном стоматологическом посещении с лечебной целью не может превышать 17, кроме медицинских услуг оказанных по профилю ортодонтия. В случае превышения, оплата производится после проведения контрольно- экспертных мероприятий.

Для учета объема стоматологических обращений количество стоматологических посещений с лечебной целью делится на коэффициент 2,3 для взрослых и 2,9 - для детей.

Учет посещений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получившего медицинскую помощь в амбулаторных условиях». Ведется медицинская карта стоматологического больного (Ф-043/у), в которой отражается объем и коды выполненных стоматологических медицинских услуг в УЕТ, клинический диагноз с указанием номера зуба с патологией.

6. Основные подходы к оплате медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Порядок оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий на территории КЧР определен МЗ КЧР.

Затраты консультирующих МО и (или) структурных подразделений МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, на проведение консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий учитываются в коэффициенте уровня оказания медицинской помощи.

Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях включается в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи.

Тарифы с применением телемедицинских технологий для МО, не имеющих прикрепленное население, а также для межучрежденческих и межтерриториальных расчетов приведены в приложении 2 настоящего Тарифного соглашения.

7. Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов и значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи к базовым нормативам финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов установлены ТПГГ КЧР в соответствии с ПГГ РФ.

Размер финансового обеспечения фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи на 2022 год:

для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей, - 1106190,9 рублей;

для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 900 до 1500 жителей, - 1752392,7 рублей;

для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей, - 1967793,3 рублей.

Применение понижающего коэффициента размера финансового

обеспечения для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего до 100 человек, составляет 0,8 от размера финансового обеспечения для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей.

Применение повышающего коэффициента размера финансового обеспечения для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего свыше 2000 человек, составляет 1,5 от размера финансового обеспечения для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей.

Применение понижающего коэффициента размера финансового обеспечения для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, не соответствующих требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи, составляет 0,2 от соответствующего размера финансового обеспечения для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта.

8. Перечень расходов на медицинскую помощь в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, в том числе первичную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, за исключением:

- расходов на оплату диализа в амбулаторных условиях;
- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;
-расходов на оплату стоматологической помощи в УЕТ;
-расходов на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований, в том числе компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований, патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- расходов на оплату углубленной диспансеризации;

- расходов на оплату обращений по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация в амбулаторных условиях;

- расходов на оплату ПЭТ КТ, диагностических (лабораторных) исследований;

- расходов на финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов;

- расходов на оплату медицинской помощи за единицу медицинской помощи, в том числе с применением телемедицинских технологий, в отдельных МО, не имеющих прикрепившихся лиц;

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за пределами КЧР застрахованным по ОМС на территории КЧР лицам.

9. Размер среднего подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, без учета средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами КЧР приведен в приложении 8 к настоящему Тарифному соглашению.

Размеры средних подушевых нормативов финансирования медицинской помощи по условиям ее оказания (без учета средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами КЧР) приведены в приложении 7 к настоящему Тарифному соглашению.

10. В соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты и перечнем расходов на медицинскую помощь в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования определен размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования ПНбаз и дифференцированных подушевых нормативов (таблица 1 приложения 8 к настоящему Тарифному соглашению).

Относительные коэффициенты половозрастных затрат КДпв приведены в таблице 2 приложения 8 к настоящему Тарифному соглашению.

11. Учет сведений о прикреплении застрахованных лиц по ОМС к МО осуществляется в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц.

Для определения месячного размера средств на подушевое финансирование учитывается численность прикрепленного застрахованного населения к МО на 01 число отчетного квартала.

12. Перечень фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов с указанием диапазона численности обслуживаемого населения, финансового обеспечения с учетом коэффициента дифференциации и информации о соответствии/ несоответствии требованиям, установленным МЗ РФ приведен в приложении 23 к настоящему Тарифному соглашению.

13. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных, (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную, или патронажную семью, а также детей-сирот, пребывающих в стационарных учреждениях и детей находящихся в трудной жизненной ситуации

приведены в приложении 12 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату медицинской помощи прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, установлены в приложении 13 к настоящему Тарифному соглашению.

14. В реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, включаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

15. Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи. Стоимость i-той единицы медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях определяется по следующей формуле:

$$С_{iамб} = БНФ_{об}{}_{амб} * kстоим_i, \text{ где}$$

$БНФ_{об}{}_{амб}$ - размер базового норматива финансовых затрат на оплату единицы медицинской помощи;

$kстоим_i$ - относительный коэффициент стоимости i-той единицы медицинской помощи, установлены в приложении 6 (таблицы 1,2,3) к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, приведены в приложении 9,10,11 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату стоматологической медицинской помощи по УЕТ, установлены в приложении 15 к настоящему Тарифному соглашению.

Статья 9. Тарифы и основные подходы к оплате медицинской помощи по КСГ определяющие стоимость законченного случая лечения (кроме ВМП)

1. Формирование КСГ с учетом установленных критериев группировки, осуществляющего отнесение случаев к КСГ, а также особенности формирования отдельных КСГ в условиях круглосуточного и дневного стационаров необходимо осуществлять в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты.

2. 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 КПГ не учитывается. Например, при оказании медицинской помощи на терапевтических койках ЦРБ пациенту с диагнозом «Бронхиальная астма»,

который относится к КСГ «Астма», оплата производится по соответствующей КСГ, вне зависимости от того, что данная КСГ входит в КПГ «Пульмонология».

Аналогично, оплата по КСГ для случаев лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей может осуществляться при госпитализациях на койки как по профилю «Онкология», так и по профилю «Гематология». Исключением являются КСГ, включенные в профили «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия», лечение в рамках которых может осуществляться только в МО и структурных подразделениях МО, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия» соответственно.

3. Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ 10, являющийся основным поводом к госпитализации. Исключением являются случаи, осложненные сепсисом и фебрильной нейтропенией (подробности кодирования указанных состояний представлены в Методических рекомендациях по способам оплаты).

4. Оплата прерванных случаев госпитализации.

К прерванным случаям относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

2. случаи лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

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

4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;

5. случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа 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, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

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

Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи в условиях стационара осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее представлен в Таблице 1

Таблица 1

№ КСГ	Наименование КСГ
Круглосуточный стационар	
st02.001	Осложнения, связанные с беременностью
st02.002	Беременность, закончившаяся абортивным исходом
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
st03.002	Ангионевротический отек, анафилактический шок
st05.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе*
st08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети*
st08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
st08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
st12.010	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые
st12.011	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень1)*
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
st16.005	Сотрясение головного мозга
st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st19.038	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
st19.105	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
st19.106	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
st19.107	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
st19.108	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
st19.109	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
st19.110	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
st19.111	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
st19.112	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
st19.113	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
st19.114	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
st19.115	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*
st19.116	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*

№ КСГ	Наименование КСГ
st19.117	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
st19.118	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14)*
st19.119	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15)*
st19.120	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16)*
st19.121	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17)*
st19.082	Лучевая терапия (уровень 8)
st19.090	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения (уровень 1)
st19.094	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
st19.097	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
st19.100	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4)
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st27.012	Отравления и другие воздействия внешних причин
st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
st30.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
st30.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
st30.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
st30.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
st31.017	Доброкачественные новообразования, новообразования insitu кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
st32.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
st32.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
st32.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
st36.009	Реинфузияаутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация

№ КСГ	Наименование КСГ
st36.012	Злокачественные новообразования без специального противоопухолевого лечения
st36.016	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции
st36.017	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1)*
st36.018	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2)*
st36.019	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3)*

<*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения

Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи в условиях дневных стационаров осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее представлен в Таблице 2.

Таблица 2

№ КСГ	Наименование КСГ
ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.007	Аборт медикаментозный
ds02.008	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)
ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе*
ds08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети*
ds08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
ds08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
ds13.003	Лечение наследственных атерогенных нарушений липидного обмена с применением методов афереза (липидная фильтрация , афинная и иммуносорбция липопротеидов) в случае отсутствия эффективности базисной терапии
ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
ds15.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
ds19.028	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
ds19.029	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ
ds19.033	Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования
ds19.080	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
ds19.081	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
ds19.082	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
ds19.083	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
ds19.084	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*

ds19.085	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
ds19.086	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
ds19.087	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
ds19.088	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
ds19.089	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
ds19.090	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*
ds19.091	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*
ds19.092	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
ds19.093	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14)*
ds19.094	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15)*
ds19.095	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16)*
ds19.096	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17)*
ds19.057	Лучевая терапия (уровень 8)
ds19.063	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения (уровень 1)
ds19.067	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
ds19.071	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
ds19.075	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
ds20.006	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
ds25.001	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
ds25.003	Операции на сосудах (уровень 2)
ds27.001	Отравления и другие воздействия внешних причин
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
ds36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
ds36.006	Злокачественные новообразования без специального противоопухолевого лечения
ds36.007	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции

ds36.008	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1)*
ds36.009	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2)*
ds36.010	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3)*

<*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения

В случае если перевод пациента из одного отделения МО в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ 10, что и диагноз основного заболевания и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, и не соответствует критериям оплаты случая лечения по 2 КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию прерванности 2 пункта 4 не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по 2 КСГ по основаниям 2-6 пункта 6, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4 пункта 4.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям 1-6 и 8 пункта 4, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию приведен в Методических рекомендациях по способам оплаты.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) была 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 – 90% от стоимости КСГ.

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 – 65% от стоимости КСГ.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше, являющиеся прерванными по основанию 7, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

5. При выполнении лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше, схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям прерванности) в следующих случаях:

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

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

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

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

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

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

6. Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях:

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным основаниям прерванности;

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

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

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

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

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

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

O14.1 Тяжелая преэклампсия;

O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;

O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;

O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

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

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

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных

полирезистентными микроорганизмами;

10. Проведение диализа.

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

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

7. При проведении 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 соответствующей КСГ.

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

9. После оказания в МО высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации, в рамках специализированной медицинской помощи, оплачиваемой по соответствующей КСГ.

10. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация».

Для КСГ st37.001-st37.013, st37.021-st37.023 и КСГds37.001-ds37.008, ds37.015-ds37.016 критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной приказом Министерства здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Шкала реабилитационной маршрутизации установлена порядком организации

медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 года №788н.

11. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа в условиях круглосуточного и дневного стационара

Оплата услуг диализа производится по КСГ в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Для расчета стоимости различных методов диализа, к установленному настоящим Тарифным соглашением базовому тарифу на оплату случая гемодиализа (приложение 2 к Тарифному соглашению), применяются установленные Методическими рекомендациями по способам оплаты коэффициенты относительной затратоемкости. Коэффициент дифференциации применяется к стоимости случая диализа с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи (30,0%). Поправочные коэффициенты КУ, kслп, КС к стоимости диализа не применяются.

В период лечения, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

12. Процедура экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) на территории субъекта не проводится.

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

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

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи, поданной КСГ, также является лечение на геронтологической профильной койке.

14. Оплата случаев лечения пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19.

КСГ st12.015-st12.018 формируется по коду МКБ 10 (U07.1 или U07.2) в сочетании с классификационными критериями, отражающими тяжесть течения заболевания с коронавирусной инфекцией COVID-19.

Тяжесть течения заболевания определяется в соответствии с классификацией 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 затратоемкости по КСГ st12.016-st12.018 (уровни 2-4), соответствующим случаям среднетяжелого, тяжелого и крайне тяжелого течения заболевания, учитывают период долечивания пациента.

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 «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.

15. Размер среднего подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, в условиях стационара и дневного стационара, определяется на основе соответствующих нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС и приведен в приложении 7 к настоящему Тарифному соглашению.

16. Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (Сксг) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых ПГГ РФ установлены доли заработной платы и прочих расходов, порядок оплаты которых установлен Методическими рекомендациями) определяется по следующей формуле:

$$Сксг = БС * КД*(КЗ * КС*КУС + kслп)$$

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для случаев, в составе которых ПГГ РФ установлены доли заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$Сксг=БС*КЗ*((1-Д_{зп}) + Д_{зп}*КС * КУС *КД)+ БС*КД* kслп$, где:

$Д_{зп}$ –доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливаемое на федеральном уровне значение, к которому применяется КД). Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ приводится в Таблице 3.

Таблица 3

Код КСГ	Наименование КСГ	Доля зар.платы и прочих расходов
Круглосуточный стационар		
st06.004	Лечение дерматозов с применением наружной терапии	97,47%
st06.005	Лечение дерматозов с применением наружной терапии, физиотерапии, плазмафереза	98,49%
st06.006	Лечение дерматозов с применением наружной и системной терапии	99,04%
st06.007	Лечение дерматозов с применением наружной терапии и фототерапии	98,0%
st12.015	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1)	93,88%
st12.016	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2)	66,53%
st12.017	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3)	68,28%
st12.018	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4)	77,63%
st19.105	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)	55,63%
st19.106	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)	41,67%
st19.107	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)	23,71%
st19.108	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)	18,75%
st19.109	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)	32,50%
st19.110	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)	8,76%
st19.111	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)	7,11%
st19.112	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)	7,77%
st19.113	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)	5,84%
st19.114	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)	5,79%
st19.115	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)	7,27%
st19.116	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)	5,9%

st19.117	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)	3,32%
st19.118	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14)	2,15%
st19.119	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15)	1,55%
st19.120	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16)	1,19%
st19.121	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17)	0,69%
st19.084	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 2)	87,08%
st19.085	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 3)	88,84%
st19.086	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 4)	87,05%
st19.087	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 5)	88,49%
st19.088	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 6)	46,03%
st19.089	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 7)	26,76%
st19.094	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)	75,89%
st19.095	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 2)	75,89%
st19.096	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 3)	75,89%
st19.097	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)	28,29%
st19.098	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 2)	46,99%
st19.099	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 3)	57,29%
st19.100	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4)	4,98%
st19.101	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)	15,77%
st19.102	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 6)	24,83%

st20.010	Замена речевого процессора	0,74%
st36.013	Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1)	0%
st36.014	Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 2)	0%
st36.015	Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 3)	0%
st36.016	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции	8,6%
st36.017	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1)	32,68%
st36.018	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2)	18,82%
st36.015	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3)	6%
st19.102	Поздний посттрансплантационный период после пересадки костного мозга	59,05%
	Дневной стационар	
ds06.002	Лечение дерматозов с применением наружной терапии	97,44%
ds06.003	Лечение дерматозов с применением наружной терапии, физиотерапии, плазмафереза	96,3%
ds06.004	Лечение дерматозов с применением наружной и системной терапии	98,27%
ds06.005	Лечение дерматозов с применением наружной терапии и фототерапии	98,2%
ds19.080	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)	19,12%
ds19.081	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)	8,79%
ds19.082	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)	25,89%
ds19.083	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)	23,5%
ds19.084	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)	3,14%
ds19.085	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)	2,04%
ds19.086	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)	6,59%
ds19.087	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)	11,06%
ds19.088	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей),	15,08%

	взрослые (уровень 9)	
ds19.089	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)	14,91%
ds19.090	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)	22,35%
ds19.091	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)	9,99%
ds19.092	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)	8,49%
ds19.093	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14)	5,64%
ds19.094	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15)	2,82%
ds19.095	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16)	5,84%
ds19.096	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17)	0,23%
ds19.058	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 1)	78,38%
ds19.060	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 3)	82,64%
ds19.061	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 4)	31,86%
ds19.062	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 5)	16,69%
ds19.067	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)	51,06%
ds19.068	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 2)	51,06%
ds19.069	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 3)	51,06%
ds19.070	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 4)	51,06%
ds19.071	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)	4,13%
ds19.072	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 2)	12,75%
ds19.073	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 3)	22,53%
ds19.074	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню),	31,49%

	взрослые (уровень 4)	
ds19.075	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)	0.42%
ds19.076	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 6)	1,56%
ds19.077	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 7)	4,36%
ds19.078	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 8)	7,65%
ds20.006	Замена речевого процессора	0,23%
ds36.007	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции	1,83%
ds36.008	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1)	5,85%
ds36.009	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2)	5,43%
ds36.010	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3)	8,94%

Перечень КСГ и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара приведен в таблицах 4, 5 приложения 6 настоящего Тарифного соглашения в соответствии с перечнем КСГ, приведенным в ПГГ РФ.

Базовая ставка (без учета КД и с учетом КД), КС и базовые тарифы на оплату медицинской помощи в условиях стационара приведены в приложении 16 к настоящему Тарифному соглашению.

Базовая ставка (без учета КД и с учетом КД), КС и базовые тарифы на оплату медицинской помощи в условиях дневного стационара приведены в приложении 17 к настоящему Тарифному соглашению.

Значения коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи по условиям оказания к соответствующей базовой ставке, исключающей влияние применяемых КЗ, КС, и kСЛП установлены в пределах установленных Требованиями.

17. С учетом объективных критериев (разница в используемых энергоносителях, плотность населения обслуживаемой территории, монопрофильная медицинская организация, основанных на экономическом обосновании и расчетах, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов, по каждому уровню могут выделяться подуровни оказания медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара, с установлением коэффициентов по каждому подуровню. Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи для групп МО и (или) структурных

подразделений МО определены в соответствии с Требованиями и приведены в приложении 18 к настоящему Тарифному соглашению.

18. Коэффициент сложности лечения пациента (кслп) применяется при наличии достаточных оснований и объективных причин увеличения стоимости оказанной пациенту специализированной медицинской помощи и в обязательном порядке отражается в реестрах счетов.

Обоснованность применения кслп подтверждается результатами контроля объемов, сроков, качества и условий представления медицинской помощи.

Случаи, для которых установлен кслп соответствуют Требованиям и Методическим рекомендациям по способам оплаты, значения кслп приведены в Таблице 4.

Таблица 4

№	Случаи, для которых установлен кслп	Значение кслп
1	Предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний), за исключением случая, указанного в п. 2	0,20
2	Предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний),получающих медицинскую помощь по профилю «Детская онкология» и (или) «Гематология»	0,60
3	Оказание медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра и за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки	0,20
4	Развертывание индивидуального поста	0,20
5	Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации	0,60
6	Проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах в зависимости от сложности вмешательств или операций:	
6.1	уровень 1	0,05
6.2	уровень 2	0,47
6.3	уровень 3	1,16
6.4	уровень 4	2,07
6.5	уровень 5	3,49

1 – наличие у пациента дополнительного диагноза (диагноза осложнения заболевания) из перечня, определенного Методическими рекомендациями по способам оплаты, медицинская помощь в соответствии с которым оказывалась пациенту в период госпитализации

2 – перечень возможных операций, а также критерии отнесения соответствующих операций к уровню кслп определен Методическими рекомендациями по способам оплаты.

Для случаев, не указанных в Таблице 4 Значение кслп = 0.

Статья 10. Тарифы и основные подходы к оплате ВМП

1. Оплата случая оказания ВМП осуществляется по перечню видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС по нормативу финансовых затрат на единицу объема оказания ВМП, с учетом применения коэффициента дифференциации к доле расходов на заработную плату в составе норматива финансовых затрат на единицу объема оказания ВМП, установленных ПГГ РФ.

2. Отнесение случая оказания медицинской помощи к ВМП осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в ПГГ РФ.

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

Расчет тарифа на оплату ВМП осуществляется по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС, с применением коэффициента дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема ВМП, значения которых принимаются в соответствии с приложением №1 к ПГГ РФ.

Тарифы на оплату ВМП приведены в приложении 19 к настоящему Тарифному соглашению.

Статья 11. Тарифы и основные подходы к оплате скорой медицинской помощи

1. Законченный случай оказания скорой медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифу вызова скорой медицинской помощи в зависимости от вида и профиля выездной бригады скорой медицинской помощи с учетом повода к вызову или его результата.

2. По тарифу вызова скорой медицинской помощи не оплачивается медицинская помощь, оказанная неидентифицированным (в том числе неопознанным) или не застрахованным по ОМС пациентам, вызовы в связи с социально-значимыми заболеваниями или психиатрическими заболеваниями, дежурства выездных бригад скорой медицинской помощи на массовых

мероприятиях и при чрезвычайных ситуациях, безрезультативные (в том числе ложные) вызовы, а также транспортировка пациентов.

3. Перечень расходов при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне МО, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования включает расходы на оплату медицинской помощи в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне МО, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС;

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

4. Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне МО, в расчете на одно застрахованное лицо определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, без учета средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, приведен в приложении 7 к настоящему Тарифному соглашению.

5. В соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты и перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования, определен размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи и дифференцированных подушевых нормативов финансирования с применением коэффициентов дифференциации (таблица 1 приложения 21 к настоящему Тарифному соглашению). Значения относительных коэффициентов половозрастных затрат приведены в таблице 2 приложения 21 к настоящему Тарифному соглашению. Численность застрахованных лиц, обслуживаемых МО, представлена в таблице 3 приложения 21 к настоящему Тарифному соглашению.

6. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи оказанной вне МО за вызов приведены в приложении 20 к настоящему Тарифному соглашению.

IV 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

Статья 12. Порядок применения неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты МО штрафов за неоказание,

несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

1. Неоплата или неполная оплата затрат на оказание медицинской помощи, а также предъявление штрафов МО за неоказание, несвоевременное оказание,

либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, выявленные в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС применяются СМО и ТФОМС согласно Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, утвержденного приказом 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» и настоящему Тарифному соглашению.

2. За нарушение обязательств при оказании медицинской помощи по ОМС к МО применяются санкции, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, установленных Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение 22 к настоящему Тарифному соглашению) (далее – Перечень).

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

$$С = Н + С_{шт}, \text{ где:}$$

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

$С_{шт}$ - размер штрафа, применяемого к МО за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

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

$$Н = РТ \times К_{но}, \text{ где:}$$

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

$К_{но}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с Перечнем, действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП.

В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены (пункт 2.16.1. Перечня оснований), СМО осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

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

Сшт = РП х Кшт, где

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

$К_{шт}$ – коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП.

Средства от применения ТФОМС КЧР и СМО к медицинским организациям санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, направляются на формирование нормированного страхового запаса в объеме и целях, предусмотренных ч.6 ст. 26 Федерального закона №326-ФЗ.

V. **Заключительные положения**

Статья 13. Срок действия Тарифного соглашения и порядок внесения в него изменений

1. Тарифное соглашение вступает в силу с даты его подписания уполномоченными представителями сторон и распространяет свое действие на отношения, возникшие с 01 января 2022 года в сфере обязательного медицинского страхования на территории Карачаево-Черкесской Республики.

2. Настоящее Тарифное соглашение является обязательным для исполнения всеми участниками системы обязательного медицинского страхования.

3. Настоящее Тарифное соглашение может быть пересмотрено полностью или в части по инициативе не менее одной трети членов Комиссии. Инициаторы внесения изменений или дополнений в настоящее Тарифное

соглашение, не позднее чем за 15 рабочих дней до предлагаемого срока внесения изменений, направляют мотивированное предложение секретарю Комиссии, который обеспечивает его направление иным членам Комиссии либо оглашают свои предложения на заседании Комиссии с предоставлением членам Комиссии проекта изменений.

Рассмотрение предложений о внесении изменений в настоящее Тарифное соглашение организует председатель Комиссии.

4. Изменения в настоящее Тарифное соглашение оформляются протоколом Комиссии и подписываются уполномоченными представителями организаций, представленных в составе Комиссии, и участвовавших в разработке настоящего Тарифного соглашения.

5. Изменения в настоящее Тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение финансового года, возможны при наличии источника финансового обеспечения затрат.

Статья 14. Порядок урегулирования разногласий

1. В случае возникновения разногласий по применению настоящего Тарифного соглашения, любой участник системы ОМС вправе обратиться в Министерство здравоохранения КЧР и ТФОМС КЧР для разъяснений.

2. При не урегулировании участниками ОМС на территории КЧР разногласий в процессе переговоров, споры разрешаются в Арбитражном суде КЧР.

Статья 15. Правила оформления, опубликования и хранения Тарифного соглашения

1. Настоящее Тарифное соглашение составлено в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр Тарифного соглашения хранится в Министерстве здравоохранения КЧР, другой в ТФОМС КЧР. Изменения к настоящему Тарифному соглашению принимаются решением Комиссии, подписываются представителями сторон и составляются в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр изменений хранится в МЗ КЧР, другой в ТФОМС КЧР.

2. Настоящее Тарифное соглашение и изменения к нему подлежат хранению по правилам организации государственного архивного фонда.

3. Настоящее Тарифное соглашение и изменения к нему подлежат опубликованию на официальных сайтах Министерства здравоохранения КЧР и

ТФОМС КЧР в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» в срок не позднее 14 календарных дней со дня их принятия.

ПОДПИСИ УПОЛНОМОЧЕННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СТОРОН:

Министр здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики

_____ К.А. Шаманов

_____ 2022 года

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Карачаево-Черкесской Республики

_____ А.С. Джанкезов

_____ 2022 года

Директор филиала Акционерного общества «Медицинская акционерная страховая компания» (АО «МАКС-М») в г. Черкесске

_____ Б. Х-А. Гочияев

_____ 2022 года

Председатель Карачаево-Чекесской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения

_____ А.М. Тебуев

_____ 2022 года

Председатель Некоммерческого партнерства «Медицинская палата КЧР»

_____ З.Л. Хунов

_____ 2022 года