

**Тарифное соглашение
в сфере обязательного медицинского страхования
Челябинской области № 190 - ОМС**

26 декабря 2024 года

Раздел I. Общие положения

Министерство здравоохранения Челябинской области в лице:

- Министра здравоохранения Челябинской области Колчинской Татьяны Петровны,

- первого заместителя Министра здравоохранения Челябинской области Недочуковой Елены Сергеевны,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Челябинской области в лице:

- директора Ткачевой Агаты Геннадьевны,

- заместителя директора по финансовым вопросам Мироновой Натальи Юрьевны,

Челябинский филиал общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование-ОМС» в лице директора Челябинского филиала Общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование-ОМС» - заместителя директора по региональному управлению Общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование-ОМС», Полномочного представителя Всероссийского союза страховщиков по медицинскому страхованию в Челябинской области Коноваленко Яны Александровны,

АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО «АСТРАМЕД-МС» (СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ) ФИЛИАЛ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ в лице первого заместителя директора Ковтуна Александра Алексеевича,

Союз медицинского сообщества «Медицинская палата Челябинской области» в лице:

- председателя Альтмана Давида Шуровича,

- члена Союза Москвичевой Марины Геннадьевны,

Челябинская областная организация Профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации в лице:

- председателя Рыбаева Дениса Петровича,

- главного специалиста по социально-экономическим вопросам Кинихиной Валентины Николаевны,

именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящее Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области (далее – Тарифное соглашение) в соответствии с:

- Федеральными законами от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ), от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья

граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ),

- постановлениями 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 Правительства РФ от 05.05.2012 № 462), Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год (далее – Программа), от 05.11.2022 № 1998 «Об утверждении правил ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - постановление Правительства РФ от 05.11.2022 № 1998),

- приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 № 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» (далее - приказ Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 255), от 02.12.2009 № 942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи» (далее – приказ Минздравсоцразвития России от 02.12.2009 № 942), от 23.03.2012 № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты» (далее - приказ Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 № 252н), от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» (далее - приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 555н), от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н),

- приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2002 № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации» (далее - приказ Минздрава России от 30.12.2002 № 413), от 13.11.2003 № 545 «Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации» (далее - приказ Минздрава России от 13.11.2003 № 545), от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (далее – приказ Минздрава России от 15.02.2013 № 72н), от 21.04.2022 № 275н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или

патронатную семью» (далее – приказ Минздрава России от 21.04.2022 № 275н), от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» (далее – приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н), от 28.10.2020 № 1165н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи» (далее – приказ Минздрава России от 28.10.2020 № 1165н), от 10.08.2017 № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (далее – приказ Минздрава России от 10.08.2017 № 514н), от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее – приказ Минздрава России от 13.10.2017 № 804н), от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС), от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н), от 24.03.2016 № 179н «О правилах проведения патолого-анатомических исследований» (далее - приказ Минздрава России от 24.03.2016 № 179н), от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (далее – приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н), от 19.03.2021 № 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» (далее – приказ Минздрава России от 19.03.2021 № 231н), от 01.07.2021 № 698н «Об утверждении Порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке» (далее – приказ Минздрава России от 01.07.2021 № 698н), от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (далее - приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н), от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее - приказ Минздрава России от 10.02.2023 № 44н), от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями» (далее - приказ Минздрава России от 04.06.2020 № 548н),

- постановлением Правительства Челябинской области от 19.12.2024 № 719-П «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» (далее - территориальная программа),

- приказами Министерства здравоохранения Челябинской области от 20.12.2012 № 1782 «Об утверждении порядка направления прикрепленного гражданина к медицинским организациям-фондодержателям с целью получения внешних медицинских услуг в медицинских организациях-исполнителях при взаиморасчетах за счет средств подушевого финансирования» (далее - приказ Минздрава Челябинской области от 20.12.2012 № 1782), от 27.06.2011 № 825 «Об организации деятельности центров здоровья для формирования здорового

образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака», от 31.12.2015 № 2075 «Об организации проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 31.12.2015 № 2075), от 31.12.2015 № 2076 «Об организации проведения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью в Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 31.12.2015 № 2076), от 04.12.2020 № 2206 «О совершенствовании пренатальной дородовой диагностики на территории Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 04.12.2020 № 2206), от 30.12.2015 № 2043 «О маршрутизации пациентов с хронической болезнью почек 5 стадии, нуждающихся в оказании диализной помощи, в Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 30.12.2015 № 2043), от 13.12.2016 № 2111 «О маршрутизации взрослых пациентов с парентеральными вирусными гепатитами в Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 13.12.2016 № 2111), от 23.12.2016 № 2180 «О создании кабинетов мониторинга состояния здоровья и развития детей из групп перинатального риска, в том числе детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, очень низкой массой тела и недоношенных, на территории Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 23.12.2016 № 2180), от 30.12.2020 № 2486 «О совершенствовании работы консультативно-диагностических центров Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 30.12.2020 № 2486), от 17.08.2017 № 1528 «Об организации деятельности специализированных мобильных медицинских бригад для оказания плановой первичной специализированной медико-санитарной помощи населению муниципальных образований Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 17.08.2017 № 1528), от 18.12.2017 № 2348 «Об организации проведения несовершеннолетним профилактических медицинских осмотров на территории Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 18.12.2017 № 2348), от 29.08.2024 № 547 «О маршрутизации взрослого населения для оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях в Челябинской области» (далее - приказ Минздрава Челябинской области от 29.08.2024 № 547), от 26.12.2019 № 1430 «О работе детских консультативно-диагностических центров в Челябинской области» (далее - приказ Минздрава Челябинской области от 26.12.2019 № 1430), от 27.01.2020 № 65 «Об открытии и функционировании Центров амбулаторной онкологической помощи в Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 27.01.2020 № 65), от 13.11.2020 № 2073 «Об организации и оказании в медицинских организациях Челябинской области медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинского работника с пациентами и (или) их законными представителями» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 13.11.2020 № 2073), от 08.12.2020 № 2222 «О

совершенствовании пренатальной дородовой диагностики в профилактике наследственных, врожденных заболеваний у детей и мерах по снижению рождения детей с врожденными и наследственными заболеваниями на территории Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 08.12.2020 № 2222), от 13.05.2021 № 606 «Об организации деятельности специализированных мобильных медицинских бригад для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «офтальмология» населению муниципальных образований Челябинской области» (далее - приказ Минздрава Челябинской области от 13.05.2021 № 606), от 21.04.2021 № 512 «О маршрутизации взрослых пациентов при оказании медицинской помощи по профилю «офтальмология» в Челябинской области» (далее - приказ Минздрава Челябинской области от 21.04.2021 № 512), от 28.04.2022 № 714 «Об областном пульмонологическом центре на базе Государственного автономного учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница № 3» (далее - приказ Минздрава Челябинской области от 28.04.2022 № 714), 14.07.2021 № 921 «О порядке проведения сцинтиграфии (при необходимости однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией) в Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 14.07.2021 № 921), от 27.10.2022 № 1528 «О порядке проведения диагностических исследований больным на позитронно-эмиссионном томографе, совмещенном с компьютерным томографом, в Челябинской области» (далее – приказ Минздрава Челябинской области от 27.10.2022 № 1528), от 21.12.2022 № 1881 «Об организации тестирования прикрепленного населения для обнаружения антигена вируса гриппа в период неблагоприятной эпидемической обстановки по гриппу и ОРВИ» (далее - приказ Минздрава Челябинской области от 21.12.2022 № 1881), от 30.12.2022 № 1981 «Об организации деятельности кабинетов терапевтического обучения «Школа для пациентов с сахарным диабетом» в медицинских организациях Челябинской области» (далее - приказ Минздрава Челябинской области от 30.12.2022 № 1981), от 11.04.2023 № 279 «Об организации кабинетов обучения несовершеннолетних с установленным диагнозом сахарный диабет «Школа для пациентов с сахарным диабетом» в Челябинской области» (далее - приказ Минздрава Челябинской области от 11.04.2023 № 279), от 29.03.2023 № 234 «Об организации оказания экстренной консультативной скорой медицинской помощи в Челябинской области» (далее - приказ Минздрава Челябинской области от 29.03.2023 № 234), от 13.10.2023 № 784 «Об организации медицинской помощи выездными реанимационными бригадами реанимационно-консультативного блока отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных на территории Челябинской области» (далее - приказ Минздрава Челябинской области от 13.10.2023 № 784), от 14.12.2023 № 994 «Об организации медицинской помощи детям выездными бригадами реанимационно-консультативного центра Государственного автономного учреждения здравоохранения «Челябинская областная детская клиническая больница» на территории Челябинской области» (далее - приказ Минздрава Челябинской области от 14.12.2023 № 994), от 28.12.2024

№ 953 «О проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения Челябинской области в 2025 году» (далее - приказ Минздрава Челябинской области от 28.12.2024 № 953),

- приказами Министерства здравоохранения Челябинской области, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области от 14.03.2019 № 237/188 «Об утверждении Порядка учета численности застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц, обслуживаемых медицинскими организациями при оказании первичной медико-санитарной помощи на территории Челябинской области и Порядка учета численности застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц, обслуживаемых медицинскими организациями Челябинской области при оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» (далее – приказ от 14.03.2019 № 237/188), от 20.02.2023 № 106/128 «Об информационном взаимодействии в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области»,

- приказом Челябинского областного фонда обязательного медицинского страхования от 03.06.2011 № 392 «Об утверждении Порядка организации проведения межтерриториальных расчетов в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области» (далее – приказ ЧОФОМС от 03.06.2011 № 392),

- письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.01.2024 № 31-2/И/2-1602 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024-2026 годы»,

- методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее - Методические рекомендации),

и иными нормативными правовыми актами.

2. Предметом настоящего Тарифного соглашения является тарифное регулирование оплаты медицинским организациям, осуществляющим деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) на территории Челябинской области, медицинской помощи, оказываемой застрахованным гражданам в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области на соответствующий год, утверждаемой Правительством Челябинской области, в части территориальной программы ОМС (далее - территориальная программа ОМС).

Тарифное соглашение устанавливает способы оплаты медицинской помощи, применяемые в сфере ОМС на территории Челябинской области, размер и структуру тарифов на оплату медицинской помощи, размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

3. В настоящем Тарифном соглашении используются следующие Термины и определения:

- **Базовая ставка** - размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ.

- **Базовый тариф на оплату гемодиализа (БТгд)** - стоимость медицинской услуги А18.05.002 «Гемодиализ».

- **Базовый тариф на оплату перитонеального диализа (БТпд)** - стоимость медицинской услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ».

- **Внешние медицинские услуги** (для целей подушевого финансирования) - консультативные, лечебно-диагностические, профилактические медицинские услуги, оказанные застрахованным лицам МО-Исполнителями по направлению МО-Фондодержателей, а так же без направления МО-Фондодержателей в случаях обращения застрахованных лиц за экстренной медицинской помощью на основании первичной медицинской документации, которые оплачиваются по тарифам на оплату амбулаторной медицинской помощи.

- **Дополнительный тариф** - тариф в дополнение к базовой программе ОМС за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области на финансовое обеспечение оплаты проезда пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, к месту лечения и обратно.

- **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).

- **Коэффициент дифференциации (КД)** – коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для отдельных территорий.

- **Коэффициент относительной затроемкости (КЗкс, КЗдс, КЗд)** - коэффициент, отражающий отношение:

- стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний (в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров) к размеру средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовой ставке);

- стоимости услуг диализа к базовому тарифу на оплату диализа.

- **Коэффициент уровня медицинской организации** – коэффициент, позволяющий учесть различия: в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях; уровень расходов медицинских организаций в амбулаторных условиях, скорой медицинской помощи.

- **Коэффициент подуровня медицинской организации** – коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню медицинской организации в стационарных условиях, обусловленный объективными причинами.

- **Коэффициент сложности лечения пациента** - коэффициент, применяемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

- **Коэффициент специфики (КС_{КС}, КС_{ДС})** – коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе заболеваний.

- **Медицинские организации – Фондодержатели** (далее - МО-Фондодержатели) - медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях - самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, включая врачей общей практики (семейных врачей), фельдшерские здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты (за исключением стоматологических поликлиник), оказывающие в установленном порядке медицинскую помощь за счет средств ОМС в рамках территориальной программы ОМС, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, имеющие застрахованных по ОМС прикрепленных лиц, оплата медицинской помощи которым осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

- **Медицинские организации - Исполнители** (далее - МО-Исполнители) для целей подушевого финансирования - медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях - самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, включая врачей общей практики (семейных врачей), фельдшерские здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты, оказывающие внешние медицинские услуги, медицинские организации, не имеющие прикрепленного населения, указанные в графах 4, 7 приложения 1 к Тарифному соглашению. МО-Фондодержатель является одновременно МО-Исполнителем в случае оказания внешних медицинских услуг не прикрепленным к ней лицам.

- **Медицинская услуга** - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

- **Обращение по поводу заболевания** - 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 в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

- **Обслуживаемое население станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи** – это лица, застрахованные по ОМС в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ, сведения о которых содержатся в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц Челябинской области, место жительства которых относится к территории обслуживания станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи, и учтенные в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц за медицинской организацией, оказывающей скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь.

Территория обслуживания станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи устанавливается Министерством здравоохранения Челябинской области.

Место жительства определяется согласно сведениям, содержащимся в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц Челябинской области, об адресе фактического проживания. В случае отсутствия в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц Челябинской области сведений об адресе фактического проживания застрахованного лица, место жительства определяется на основании сведений об адресе его регистрации по месту жительства.

- **Оплата медицинской помощи по КСГ** - оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициентов относительной затратно-емкости, специфики оказания медицинской помощи, уровня (подуровня) медицинской организации, сложности лечения пациента и коэффициента дифференциации.

- **Оплата медицинской помощи за медицинскую услугу** - в амбулаторных условиях - за медицинскую услугу; в условиях круглосуточного стационара - за медицинскую услугу в сочетании с основной КСГ, за медицинскую услугу в сочетании с высокотехнологичной медицинской помощью, за медицинскую услугу; в условиях дневного стационара – за медицинскую услугу, за медицинскую услугу в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание.

- **Подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний** – группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом классификационных критериев, для которой установлен коэффициент относительной затратно-емкости, отличный от коэффициента относительной затратно-емкости по клинико-статистической группе, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп.

- **Прикрепленное лицо к МО–Фондодержателю** - лицо, застрахованное по ОМС в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ, проживающее на территории Челябинской области и учтенное за МО-Фондодержателем в соответствии с приказом от 14.03.2019 № 237/188 для получения первичной медико-санитарной помощи.

- **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 ОМС.

- **Условная единица трудоемкости** (далее - УЕТ) – норматив времени, затрачиваемый при оказании стоматологической медицинской помощи.

За одну условную единицу трудоемкости (УЕТ) принимаются 10 минут. Один визит пациента является одним посещением.

- **Фондодержание** - способ подушевого финансирования МО-Фондодержателей, при котором подушевой норматив финансирования включает финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой в

амбулаторных условиях прикрепленным лицам, а также внешних медицинских услуг, оказанных прикрепленным лицам МО–Исполнителями по тарифам на оплату амбулаторной медицинской помощи.

4. Оплата медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области (далее – Тарифы на оплату медицинской помощи) на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Челябинской области (далее – Комиссия), в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, а также ее финансового обеспечения, в соответствии с порядком, установленным Правилами ОМС, с учетом разделов II, III, IV настоящего Тарифного соглашения.

Оплата медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области из средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области, выделенных на финансовое обеспечение:

- дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС;

- объемов медицинской помощи, установленных в дополнение к базовой программе ОМС

осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии в рамках утвержденных бюджетных ассигнований, в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, а также ее финансового обеспечения, в соответствии с порядком, установленным Правилами ОМС, с учетом разделов II, III, IV настоящего Тарифного соглашения.

Оплата расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС (обеспечение проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии), за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области осуществляется в рамках утвержденных бюджетных ассигнований, по дополнительным тарифам, на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом разделов II, III, раздела 1 «Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля» пункта 4 раздела IV настоящего Тарифного соглашения.

5. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис

ОМС, в объеме, установленном базовой программой ОМС осуществляется ТФОМС Челябинской области на основании части 8 статьи 34, статьи 39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, в соответствии с настоящим Тарифным соглашением, договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи, установленным правилами ОМС и с учетом положений пункта 1.1.9 главы 1 раздела II, главы 2 и 3 раздела II, пункта 4.10 главы 4 раздела II настоящего Тарифного соглашения.

Из средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области не подлежит оплате медицинская помощь, установленная в дополнение к базовой программе ОМС, оказанная лицам, застрахованным в иных субъектах Российской Федерации.

6. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в сфере ОМС Челябинской области в рамках базовой программы ОМС, в разрезе условий предоставления медицинской помощи и способов ее оплаты установлен Приложением 1 к Тарифному соглашению.

7. Оплата медицинской помощи осуществляется по тарифам и способам оплаты медицинской помощи, действующим на дату завершения случая оказания медицинской помощи.

Раздел II. Способы оплаты медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области

При оплате медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области применяются следующие способы:

1) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее – ПЭТ/КТ, ОФЭКТ, ОФЭКТ/КТ), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и финансовое обеспечение фельдшерских

здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

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

а) медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС;

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

в) по видам медицинской помощи, не включенным в базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц в соответствии с пунктом 1.1.2.2;

г) 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;

д) 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, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ, ОФЭКТ/КТ;

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

ж) диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

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

и) медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

2) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в дополнение к базовой программе ОМС:

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу при оплате медицинской помощи, установленной в дополнение к базовой программе ОМС, в части проведения прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (гистологических исследований) при заборе материала в амбулаторных условиях, за исключением выявления онкологических заболеваний, при заборе материала в амбулаторных условиях и направлении на проведение иммуногистохимических исследований, компьютерной томографии, проведения исследований гликированного гемоглобина в крови в рамках федерального проекта «Борьба с сахарным диабетом», проведения исследований кала на скрытую кровь (количественным (иммунотурбидиметрическим) методом) с целью раннего выявления колоректального рака;

- за единицу объема медицинской помощи - за обращение (законченный случай) при оплате медицинской помощи, оказанной по решениям врачебной комиссии, установленной в дополнение к базовой программе ОМС;

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

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

- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении 7/3 к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

4) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях в дополнение к базовой программе ОМС:

- за законченный случай лечения заболевания, за прерванный случай госпитализации при оплате медицинской помощи, оказанной по профилю медицинской помощи «онкология» в специализированном отделении Государственного автономного учреждения здравоохранения «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины»; пациентам с

сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография) по профилям медицинской помощи «кардиология», «сердечно-сосудистая хирургия»;

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу при оплате медицинской помощи в части проведения прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (гистологических исследований) при заборе материала в стационарных условиях для исследования последов в родильных отделениях;

5) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

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

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении 7/4 к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

б) 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 РФ, на территории которого выдан полис ОМС, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц; по видам медицинской помощи, не включенным в базовый подушевой норматив финансирования).

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров,

диспансеризации и диспансерного наблюдения, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

Финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, с учетом критериев соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н, осуществляется по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации.

Глава 1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

1.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования

1.1.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях застрахованным гражданам медицинскими организациями-Фондодержателями, осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

1.1.2. Порядок определения дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях на прикрепившихся лиц:

1.1.2.1. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, включают в себя оплату:

- амбулаторной медицинской помощи, оказанной прикрепленным лицам (в том числе медицинских услуг дистанционного диспансерного наблюдения больных с артериальной гипертензией; медицинской помощи, оказанной с применением телемедицинских технологий; проведение консультирования медицинским психологом по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу ОМС: пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период);

- внешних медицинских услуг.

1.1.2.2. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, не включают в себя средства на:

- оплату неотложной медицинской помощи;

- оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;
- оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;
- оплату стоматологической медицинской помощи;
- оплату медицинской помощи, оказываемой Центрами здоровья;
- оплату медицинской помощи, оказываемой специализированными мобильными медицинскими бригадами;
- оплату медицинской помощи, оказываемой КДЦ неприкрепленному населению медицинской организации, на базе которой функционирует КДЦ в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 26.12.2019 № 1430;
- оплату медицинской помощи, оказываемой областным пульмонологическим центром в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 28.04.2022 № 714;
- оплату медицинской помощи, оказываемой офтальмологическими центрами взрослому застрахованному населению с заболеваниями органа зрения и сопутствующей патологией «сахарный диабет» в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 21.04.2021 № 512;
- оплату медицинской помощи, оказываемой межрайонными отделениями пренатальной диагностики с кабинетами антенатальной охраны плода;
- оплату медицинских услуг диализа в амбулаторных условиях;
- 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 с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ, ОФЭКТ/КТ);
- оплату медицинской помощи, оказываемой центрами амбулаторной онкологической помощи (далее - ЦАОП) (посещения врачей специалистов, отдельных диагностических (лабораторных) исследований);
- финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов;
- оплату медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказываемой в амбулаторных условиях;
- оплату проведения исследований на наличие вирусов гриппа;
- оплату медицинской помощи, оказанной в школах для больных с хроническими заболеваниями, в том числе в школах для пациентов с сахарным диабетом;

- оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, не участвующими в подушевом финансировании амбулаторной медицинской помощи;

- оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС.

1.1.2.3. Общий объем средств на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Челябинской области ($ОС_{АМБ}$), определяется по следующей формуле:

$$ОС_{АМБ} = \left(Н_{ОПМО} \times Нфз_{ПМО} + Н_{ОДИСП} \times Нфз_{ДИСП} + Н_{ОРЕПР} \times Нфз_{РЕПР} + Н_{ОИЦ} \times Нфз_{ИЦ} + Н_{ООЗ} \times Нфз_{ОЗ} + Н_{ОНЕОТЛ} \times Нфз_{НЕОТЛ} + Н_{ОД(Л)И} \times Нфз_{Д(Л)И} + Н_{ОМР} \times Нфз_{МР} + Н_{ОДН} \times Нфз_{ДН} + Н_{ОЦЗ} \times Нфз_{ЦЗ} \right) \times Ч_3 - ОС_{МТР}, \text{ где}$$

$Н_{ОПМО}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Программой в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;

$Н_{ОДИСП}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, установленный Программой в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;

$Н_{ОРЕПР}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, установленный Программой в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;

$Н_{ОИЦ}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями; комплексных посещений в школах для больных с хроническими заболеваниями, в том числе в школах для пациентов с сахарным диабетом, установленный Программой в части базовой программы ОМС, посещений, комплексных посещений;

$Н_{ООЗ}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Программой в части базовой программы ОМС, обращений;

$Н_{ОНЕОТЛ}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Программой в части базовой программы ОМС, посещений;

$Н_{ОД(Л)И}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, установленный Программой в части базовой программы ОМС, исследований;

Но_{МР} - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», установленный Программой в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;

Но_{ДН} - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Программой в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;

Но_{ЦЗ} - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для комплексных посещений центров здоровья, установленный Программой в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;

Нфз_{ПМО} - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Программой в части базовой программы ОМС, рублей;

Нфз_{ДИСП} - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, установленный Программой в части базовой программы ОМС, рублей;

Нфз_{РЕПР} - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, установленный Программой в части базовой программы ОМС, рублей;

Нфз_{ИЦ} - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, комплексных посещений в школах для больных с хроническими заболеваниями, в том числе в школах для пациентов с сахарным диабетом, установленный Программой в части базовой программы ОМС, рублей;

Нфз_{ОЗ} - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Программой в части базовой программы ОМС, рублей;

Нфз_{НЕОТЛ} - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Программой в части базовой программы ОМС, рублей;

Нфз_{Д(Л)И} - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, установленный Программой в части базовой программы ОМС, рублей;

Нфз_{МР} - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», установленный Программой в части базовой программы ОМС, рублей;

Нфз_{дн} - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Программой в части базовой программы ОМС, рублей;

Нфз_{цз} - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для комплексных посещений центров здоровья, установленный Программой в части базовой программы ОМС, 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 РФ, на территории которого выдан полис ОМС, рублей;

Чз - численность застрахованного населения Челябинской области, человек.

1.1.2.4. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Челябинской области, в расчете на одно застрахованное лицо (ΦO_{CP}^{AMB}), определяется по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{AMB} = \frac{OC_{AMB}}{Чз}.$$

1.1.2.5. Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Челябинской области, рассчитывается за исключением объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема и средств на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, по следующей формуле:

$$OC_{ПНФ} = OC_{AMB} - OC_{ФАП} - OC_{Д(Л)И} - OC_{НЕОТЛ} - OC_{ЕО} - OC_{ПО} - OC_{ДИСП} - OC_{ДН}, \text{ где:}$$

ОС_{ПНФ} - объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования;

ОС_{ФАП} - объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными территориальной программой размерами финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, рублей;

ОС_{Д(Л)И} - 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 с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ/ КТ,

ОФЭКТ, ОФЭКТ/КТ) в соответствии с нормативами, установленными Программой в части базовой программы ОМС, рублей;

ОС_{НЕОТЛ} - объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными Программой в части базовой программы ОМС, рублей;

ОС_{ЕО} - объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в Челябинской области лицам; комплексных посещений по профилю «медицинская реабилитация», комплексных посещений в школах для больных с хроническими заболеваниями, в том числе в школах для пациентов с сахарным диабетом, в центрах здоровья в соответствии с нормативами, установленными Программой в части базовой программы ОМС, рублей;

ОС_{ПО} - объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров, рассчитанный по тарифам на оплату комплексных посещений в соответствии с установленными объемами предоставления медицинской помощи, рублей;

ОС_{ДИСП} - объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр, рассчитанный по тарифам на оплату комплексных посещений в соответствии с установленными объемами предоставления медицинской помощи; объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, направленной на оценку репродуктивного здоровья женщин и мужчин, углубленной диспансеризации в соответствии с нормативами, установленными Программой в части базовой программы ОМС; дополнительных методов обследований (в том числе II этапа диспансеризации, II этапов диспансеризации, направленной на оценку репродуктивного здоровья женщин и мужчин, и углубленной диспансеризации), рублей;

ОС_{ДН} - объем средств, направляемых на оплату проведения диспансерного наблюдения в соответствии с нормативами, установленными Программой в части базовой программы ОМС, рублей;

1.1.2.6. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц (ПН_{БАЗ}) рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{ПН}_{\text{БАЗ}} = \left(\frac{\text{ОС}_{\text{ПНФ}} - \text{ОС}_{\text{РД}}}{\text{Ч}_{\text{Зср}} \times \text{СКД}_{\text{от}} \times \text{СКД}_{\text{пв}} \times \text{КД}} \right), \text{ где:}$$

ОС_{РД} - объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке, рублей;

Ч_{Зср} - среднемесячная численность прикрепленного застрахованного населения, человек;

СКД_{от} - значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения 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;

$СКД_{пв}$ - значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава;

КД - единый коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462.

Значение $СКД_{от}$ рассчитывается по следующей формуле:

$$СКД_{от} = \frac{\sum(КД_{от}^i \times Ч_{зсп}^i)}{\sum(Ч_{зсп}^i)}, \text{ где}$$

$КД_{от}^i$ - значение 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 для i -той медицинской организации;

$Ч_{зсп}^i$ - среднемесячная численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той медицинской организации (среднее значение между численностью на первое число отчетного месяца и первое число месяца, следующего за отчетным), человек.

Среднемесячная численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той МО-Фондодержателю, размещается на сайте ТФОМС Челябинской области в течение 2-х рабочих дней месяца, следующего за отчетным.

По аналогичной формуле рассчитывается значение $СКД_{пв}$.

1.1.2.7. На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДП_{Н}^i = ПН_{БАЗ} \times КД_{пв}^i \times КД_{ур}^i \times КД_{зп}^i \times КД_{от}^i \times КД^i, \text{ где:}$$

$ДП_{Н}^i$ - дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях для i -той медицинской организации, рублей;

$КД_{пв}^i$ - коэффициент половозрастного состава, для i -той медицинской организации;

Коэффициенты половозрастного состава учитывают затраты на оплату амбулаторной медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по половозрастным группам, в разрезе медицинских организаций.

Для расчета половозрастных коэффициентов численность застрахованных лиц в Челябинской области распределяется на следующие половозрастные группы:

- ноль - один год мужчины/женщины;
- один год - четыре года мужчины/женщины;
- пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;
- восемнадцать лет - шестьдесят четыре года мужчины/женщины;
- шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

Половозрастные коэффициенты рассчитываются для каждой половозрастной группы застрахованных лиц на основании данных о затратах на оплату амбулаторной медицинской помощи, оказанной прикрепленным застрахованным лицам за определенный расчетный период, но не реже одного раза в год, и численности застрахованных прикрепленных лиц.

$KD_{ур}^i$ - коэффициент уровня расходов медицинских организаций для i -той медицинской организации;

$KD_{зн}^i$ - коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренных «дорожными картами» развития здравоохранения в Челябинской области, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» для i -той медицинской организации;

$KD_{от}^i$ - 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 для i -той медицинской организации;

KD^i - коэффициент дифференциации для i -той медицинской организаций.

1.1.3. Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в i -той медицинской организации ($OC_{ФАП}^i$) рассчитывается по формуле:

$$OC_{ФАП}^i = \sum_n (Ч_{ФАП}^n \times БНФ_{ФАП}^n \times KD^i \times КС_{БНФ}^n), \text{ где}$$

$Ч_{ФАП}^n$ - число фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов n -типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н);

$БНФ_{ФАП}^n$ - базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов n -го типа;

KD^i - коэффициент дифференциации для i -той медицинской организаций;

$КС_{БНФ}^n$ - 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 Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н (в том числе с учетом расчетного объема средств на оплату консультаций, связанных с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам

грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, аборт и инфекций, передаваемых половым путем) и доводится до медицинских организаций по тарифам на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов.

Тарифы на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов для медицинских организаций рассчитываются по формуле:

$$T_{\text{ФАП}}^i = \frac{OC_{\text{ФАП}}^i}{12 \cdot \text{Ч}_{\text{ЗСР}}^i}, \text{ где}$$

$T_{\text{ФАП}}^i$ - тариф на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов i -той медицинской организации.

Годовой размер средств финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, учитывающий объем средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года, пересчитывается в случае изменения факта соответствия требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н или изменения коэффициента специфики, а также численности обслуживаемого населения, по следующей формуле:

$$OC_{\text{ФАП}}^j = OC_{\text{ФАПНГ}}^j + \left(\frac{\text{БНФ}_{\text{ФАП}}^j \times \text{КД}^i \times \text{КС}_{\text{БНФ}}^j}{12} \times n_{\text{МЕС}} \right), \text{ где}$$

$OC_{\text{ФАП}}^j$ - фактический размер финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта;

$OC_{\text{ФАПНГ}}^j$ - объем средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта с начала года;

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

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов.

1.1.4. Порядок оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, учитывающих достижение целевых значений показателей.

Объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке, формируется в размере 3 % от объема средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций Челябинской области проводится Комиссией один раз в квартал и доводится до сведения медицинских организаций в месяце, следующим за отчетным периодом.

Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности производится по итогам года (декабрь 2024 года - ноябрь 2025 года) из средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке.

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности, рассчитывается в соответствии с Методическими рекомендациями.

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

$$OC_{\text{ПН}}^i = ДП_{\text{Н}}^i \times Ч_{\text{Зср}}^i + T_{\text{ФАП}}^i \times Ч_{\text{Зср}}^i + OC_{\text{РД}}^i, \text{ где:}$$

$OC_{\text{ПН}}^i$ - финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, рублей;

$OC_{\text{РД}}^i$, - объем средств, направляемых медицинской организации в случае достижения значений показателей результативности деятельности, согласно балльной оценке, рублей.

$$OC_{\text{РД}}^i = T_{\text{РД}}^i \times Ч_{\text{Зср}}^i, \text{ где:}$$

$T_{\text{РД}}^i$ - тариф на финансовое обеспечение стимулирующих выплат за достижение показателей результативности деятельности i -той медицинской организации, рублей.

Показатели результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, установлены приложением 14 к Тарифному соглашению.

Расчет значений показателей результативности деятельности медицинских организаций осуществляется в соответствии с порядком, изложенным в Методических рекомендациях.

1.1.5. Оплата амбулаторной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, оказанной медицинскими организациями, имеющими прикрепившихся лиц, при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями в режиме реального времени в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 13.11.2020 № 2073 осуществляется в рамках подушевого норматива финансирования, взаиморасчетов за оказанные внешние медицинские услуги. При оплате учитывается обращение по заболеванию, сформированное из первичного посещения в очной форме и последующих посещений, в т.ч. с применением телемедицинских технологий (дистанционная консультация).

1.1.6. Оплата амбулаторной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, имеющими прикрепившихся лиц, в части проведения консультирования медицинским психологом по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу ОМС: пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период, осуществляется в рамках подушевого норматива финансирования, взаиморасчетов за оказанные внешние медицинские услуги.

1.1.7. Оплата оказанных МО-Исполнителем внешних медицинских услуг осуществляется СМО за счет средств МО-Фондодержателя по тарифам на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Оплата внешних медицинских услуг МО-Исполнителям осуществляется за медицинскую помощь, оказанную на основании направлений МО-Фондодержателя в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 20.12.2012 № 1782, а также в случаях обращения застрахованных лиц за экстренной медицинской помощью на основании первичной медицинской документации.

1.1.8. Медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам, не прикрепленным ни к одной медицинской организации, подлежит оплате из средств, направляемых в СМО по дифференцированным подушевым нормативам финансового обеспечения ОМС, по тарифам на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за исключением медицинской помощи оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС.

Оплата оказанной медицинской помощи детям со дня рождения и до реализации в отношении ребенка права выбора СМО, но не позднее истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения, осуществляется СМО, в которой застрахованы их матери или другие законные представители.

1.1.9. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, производится по тарифам на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

1.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, за исключением медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования

1.2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, указанными в приложениях 1, 2 к Тарифному соглашению, осуществляется:

1) за обращение по поводу заболевания к врачам - специалистам в зависимости от специальностей врачей, категории обслуживаемого населения (взрослые, дети), места и цели приема.

2) за посещение к врачам - специалистам в зависимости от специальностей врачей, категории обслуживаемого населения (взрослые, дети), места и цели приема

с профилактической и иными целями, формы оказания медицинской помощи, включающее:

- посещения в рамках II этапа диспансеризации взрослого застрахованного населения;

- посещения в рамках II этапа диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;

- разовое посещение в связи с заболеванием;

- посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме;

- посещение ЦАОП;

- посещение в связи с выдачей справок и иных документов и другие причины;

3) за комплексное посещение при оплате:

- I или I и II этапов диспансеризации детского застрахованного населения;

- профилактических медицинских осмотров взрослого и детского застрахованного населения;

- диспансеризации I этапа взрослого застрахованного населения;

- I этапа углубленной диспансеризации взрослого застрахованного населения, включающего:

- а) измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое,

- б) проведение спирометрии или спирографии,

- в) общий (клинический) анализ крови развернутый,

- г) биохимический анализ крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови),

- д) проведение теста с 6-минутной ходьбой (при исходной сатурации кислорода крови 95 процентов и больше в сочетании с наличием у гражданина жалоб на одышку, отеки, которые появились впервые или повысилась их интенсивность),

- е) определение концентрации Д-димера в крови у граждан, перенесших среднюю степень тяжести и выше новой коронавирусной инфекции (COVID-19),

- I этапа диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;

- медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях;

- диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

- медицинской помощи, оказанной в школах для пациентов с сахарным диабетом;

- посещений в центрах здоровья;

4) за медицинскую услугу при оплате:

- медицинских услуг, оказываемых в рамках II этапа диспансеризации взрослого застрахованного населения;
- медицинских услуг в рамках II этапа углубленной диспансеризации взрослого застрахованного населения (проведение эхокардиографии, компьютерной томографии легких, дуплексного сканирования вен нижних конечностей);
- медицинских услуг, оказываемых в рамках II этапа диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;
- 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, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ, ОФЭКТ/КТ;
- диагностических (лабораторных) исследований в ЦАОП;
- услуг, оказываемых межрайонными отделениями пренатальной диагностики с кабинетами антенатальной охраны плода на амбулаторном этапе беременным женщинам при сроках беременности 11-14 недель (I ультразвуковой скрининг с забором образцов крови для определения материнских сывороточных маркеров) и 19-21 неделя (II ультразвуковой скрининг);
- услуг, оказываемых межрайонным отделением пренатальной диагностики с кабинетом антенатальной охраны плода при проведении биохимического скрининга;
- диализа;
- исследований на наличие вирусов гриппа.

1.2.2. При возложении на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации первичной медико-санитарной помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 № 252н, медицинскими организациями применяется тариф за посещение, обращение в зависимости от места, цели приема, категории обслуживаемого населения (взрослые, дети).

1.2.3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, используются для оплаты медицинской помощи (по видам, не включенным в подушевое финансирование; в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц; лицам, застрахованным по ОМС за пределами субъекта РФ).

1.2.4. Обращение как законченный случай лечения складывается из первичных и повторных (не менее двух) посещений по поводу одного заболевания к врачам – специалистам.

Длительность между двумя соседними посещениями и/или между датой посещения и назначенной датой следующего посещения в рамках одного обращения не может превышать 3-х месяцев. Длительность между первым и последним посещением в обращении или первым посещением и назначенной датой

следующего посещения для «разового посещения по заболеванию» не может превышать один год.

1.2.5. Учет разовых посещений в связи с заболеванием.

Если первичное посещение (включаемое в обращение по заболеванию) оказано в одном отчетном периоде, а последующие должны были быть оказаны в последующих отчетных периодах, но в результате неявки пациента на повторный прием сформировать обращение по заболеванию не представляется возможным, медицинская организация имеет право включить первичное посещение, оказанное в одном из двух предыдущих отчетных периодов в реестр за отчетный период как разовое посещение в связи с заболеванием.

1.2.6. Повторное посещение в один день пациентом врача одной и той же специальности с целью оценки результата проведенного в тот же день диагностического (лабораторного) исследования учета и оплате не подлежит.

1.2.7. Случаи диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого застрахованного населения, а также диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, проведенные в соответствии с порядками, утвержденными Минздравом России, оплачиваются за комплексное посещение по тарифам, установленным приложением 9/9 к Тарифному соглашению.

Первый в текущем году диспансерный прием (осмотр, консультация) подлежит оплате в рамках проведенного профилактического медицинского осмотра, за исключением диспансерного наблюдения, проводимого в специализированных медицинских организациях онкологического профиля, не включенных в перечень медицинских организаций, проводящих профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию, в том числе углубленную диспансеризацию, в соответствии с территориальной программой. Оплата отдельных диагностических (лабораторных) исследований (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), производится за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу) дополнительно к стоимости комплексного посещения.

1.2.8. Оплата медицинской помощи, оказанной Центрами здоровья, осуществляется за комплексные посещения в соответствии с приложением 9/12 к Тарифному соглашению.

1.2.9. Оплате за счет средств ОМС подлежит консультативно-диагностическая медицинская помощь, оказанная в КДЦ, организованных на базе медицинских организаций, указанных в приложении 2 к Тарифному соглашению, по направлению профильного специалиста, врача-терапевта (врача-педиатра) (в случае отсутствия профильного специалиста) той медицинской организации, к которой застрахованное лицо прикреплено для оказания первичной медико-санитарной помощи (за исключением направления в КДЦ Государственного бюджетного учреждения

здравоохранения «Челябинский областной клинический терапевтический госпиталь для ветеранов войн», Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной кардиологический диспансер»).

Оплата консультативно-диагностической медицинской помощи, оказываемой КДЦ, осуществляется за посещение, обращение по установленным тарифам на оплату медицинской помощи в соответствии с приложением 9/5 к Тарифному соглашению.

1.2.10. Оплата консультативно-диагностической медицинской помощи, оказанной взрослому застрахованному населению в областном пульмонологическом центре в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 28.04.2022 № 714, осуществляется за посещение по тарифу «Пульмонолог (областного пульмонологического центра)» при условии выполнения медицинских услуг по кодам номенклатуры В01.037.001 «Консультация врача-пульмонолога (пульмоцентра) первичная», А12.09.002.001 «Исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов».

1.2.11. Оплата медицинской помощи, оказанной взрослому застрахованному населению с заболеваниями органа зрения и сопутствующей патологией «сахарный диабет» в офтальмологических центрах в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 21.04.2021 № 512 ГАУЗ «Городская клиническая больница № 11 г. Челябинск», ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», осуществляется за посещение по тарифам:

- «Офтальмолог (консультативно-диагностический прием пациентов с сахарным диабетом)» при условии выполнения медицинской услуги по коду номенклатуры В01.029.001 «Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный» и кода основного диагноза по МКБ-10 Н36.0 «Диабетическая ретинопатия»;

- «Офтальмолог (фокальная лазерная коагуляция пациентам с сахарным диабетом)» при условии выполнения медицинских услуг по кодам номенклатуры В01.029.001 «Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный», А03.26.019 «Оптическое исследование сетчатки с помощью компьютерного анализатора», А22.26.009 «Фокальная лазерная коагуляция глазного дна» и кода основного диагноза по МКБ-10 Н36.0 «Диабетическая ретинопатия».

1.2.12. Оплате за счет средств ОМС по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным приложением 9/8 к Тарифному соглашению, подлежит консультативно-диагностическая медицинская помощь:

- оказанная в ЦАОП, организованных в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 27.01.2020 № 65,

- оказанная медицинскими организациями в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Челябинской области от 17.04.2020 № 553 «О закреплении центров амбулаторной онкологической помощи ООО МЦ «Лотос» и ООО «НовоМед» за медицинскими организациями на проведение сцинтиграфии скелета и гистологических исследований биоптата (1-5 категории сложности) и/или иммуногистохимических исследований биоптата», от 24.03.2022 № 513 «Об утверждении схемы закрепления медицинских организаций в Челябинской

области, осуществляющих деятельность по проведению прижизненных патологоанатомических и иммуногистохимических исследований операционно-биопсийного материала, забор которого осуществляется в Центрах амбулаторной онкологической помощи», от 21.12.2022 № 1876 «О маршрутизации пациентов, закрепленных за Центрами амбулаторной онкологической помощи Государственного автономного учреждения здравоохранения «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины» и Государственного автономного учреждения здравоохранения «Областной онкологический диспансер № 2, для проведения консультаций врачами специалистами».

1.2.13. Медицинская реабилитация (третий этап), оказанная в амбулаторных условиях в соответствии приказами Министерства здравоохранения Челябинской области от 21.02.2022 № 293 «Об организации оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «медицинская реабилитация» в Челябинской области», от 10.10.2023 № 774 «Об организации оказания медицинской помощи детскому населению по профилю «медицинская реабилитация» в Челябинской области» подлежит оплате за комплексное посещение, включающее набор необходимых консультаций специалистов, проведение методов реабилитации, определенных индивидуальными программами реабилитации, по тарифам на оплату медицинской реабилитации, установленным приложением 9/10 к Тарифному соглашению.

1.2.14. Медицинская помощь, оказанная в соответствии с приказами Минздрава Челябинской области от 30.12.2022 № 1981, от 11.04.2023 № 279 в школах для пациентов с сахарным диабетом, подлежит оплате за комплексное посещение по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным приложением 9/11 к Тарифному соглашению.

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

1.2.16. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (за исключением углубленной диспансеризации), определенных групп взрослого застрахованного населения.

1.2.16.1. Оплата проведенных в соответствии с приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н, приказом Минздрава Челябинской области от 28.12.2024 № 953, иными нормативно-правовыми актами:

- профилактических медицинских осмотров взрослого застрахованного населения, диспансеризации (I этапа) определенных групп взрослого застрахованного населения осуществляется по тарифам на оплату комплексного посещения;

- диспансеризации (II этапа) определенных групп взрослого застрахованного населения осуществляется по тарифам осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий.

Профилактический медицинский осмотр взрослого застрахованного населения не может быть оплачен в качестве самостоятельного мероприятия в случае проведения диспансеризации (за исключением углубленной диспансеризации) в одном календарном году (оплате подлежит только одно из двух перечисленных мероприятий).

1.2.16.2. Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации взрослого застрахованного населения считаются завершенными и подлежат оплате в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови, которые проводятся в соответствии с приложением 2 к порядку проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденному приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н.

1.2.16.3. Оплата II этапа диспансеризации взрослого застрахованного населения осуществляется за осмотры (консультации) врачами-специалистами, исследования которые фактически проведены гражданину. Прием (осмотр) врачом-терапевтом осуществляется по завершению консультаций и исследований второго этапа диспансеризации.

1.2.16.4. Расходы по использованию систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) (при проведении маммографии рентгенографии или флюорографии грудной клетки, компьютерной томографии органов грудной клетки), в соответствии с порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого застрахованного населения, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, отдельной оплате из средств ОМС не подлежат, в связи с централизованной закупкой Министерством здравоохранения Челябинской области услуги по предоставлению лицензии и внедрению программного обеспечения системы поддержки принятия врачебных решений с применением технологий искусственного интеллекта.

1.2.17. Оплата углубленной диспансеризации взрослого застрахованного населения, проводимой в соответствии с приказом Минздрава России от 01.07.2021 № 698н, приказом Минздрава Челябинской области от 28.12.2024 № 953 гражданам в возрасте 18 лет и старше, переболевшим новой коронавирусной инфекцией

COVID-19, а также по инициативе граждан, в отношении которых отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией COVID-19, осуществляется по тарифам на оплату комплексного посещения, медицинских услуг, установленных таблицей 3 приложения 11 к Тарифному соглашению.

Оплата рентгенографии органов грудной клетки, приема (осмотра) врачом-терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики), фельдшером включена в подушевой норматив финансирования и дополнительно за единицу объема оплате не подлежит.

1.2.18. Оплата диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, включающей исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно приложению № 6 к Программе, осуществляется:

- по тарифам на оплату комплексного посещения I этапа диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья;

- по тарифам осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий II этапа диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья,

установленным таблицей 4 приложения 11 к Тарифному соглашению.

Расходы на оказание медицинских услуг - пальпация молочных желез, осмотр шейки матки в зеркалах с забором материала на исследование, включены в стоимость приема (осмотра) врачом-акушером-гинекологом в рамках комплексного посещения I этапа диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья.

1.2.19. Оплата диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

1.2.19.1. Оплата диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, (далее – диспансеризация детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации), диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (далее – диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей) в Челябинской области, проведенной в соответствии с приказами Минздрава России от 15.02.2013 № 72н, от 21.04.2022 № 275н, Минздрава Челябинской области от 31.12.2015 № 2075, от 31.12.2015 № 2076, иными нормативно-правовыми актами, осуществляется по тарифам на оплату комплексного посещения диспансеризации (I этап, I и II этапы), установленным таблицей 1 приложения 11 к Тарифному соглашению.

1.2.19.2. Первый этап диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей считается законченным и подлежит оплате в случае проведения осмотров всеми врачами-специалистами (в том числе врачом – психиатром детским, врачом-психиатром подростковым), выполнения

лабораторных, инструментальных и иных исследований, предусмотренных Перечнем осмотров и исследований, утвержденных в составе Порядка проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, установленных приказом Минздрава России от 15.02.2013 № 72н (далее – Перечень осмотров и исследований при проведении диспансеризации), при отсутствии подозрений на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния) и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций.

1.2.19.3. Первый и второй этапы диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, считаются законченными в случае проведения дополнительных консультаций, исследований, и (или) получении информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций в случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагностика которого не входит в Перечень осмотров и исследований при проведении диспансеризации.

1.2.19.4. В структуре тарифов на оплату комплексного посещения диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, не предусмотрены расходы на проведение осмотра врачом-психиатром детским (врачом - психиатром подростковым) за счет средств ОМС.

1.2.20. Оплата профилактических медицинских осмотров детского застрахованного населения.

1.2.20.1. Оплата проведенных, в соответствии с приказами Минздрава России от 10.08.2017 № 514н, Минздрава Челябинской области от 18.12.2017 № 2348 медицинских осмотров детского застрахованного населения, осуществляется по тарифам на оплату комплексного посещения профилактических медицинских осмотров детского застрахованного населения.

1.2.20.2. Профилактический медицинский осмотр является завершенным и подлежит оплате в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, включенных в Перечень исследований (I этап) в соответствии с приказом Минздрава России от 10.08.2017 № 514н.

В случае отказа несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) от проведения одного или нескольких медицинских вмешательств, предусмотренных в рамках I этапа профилактического осмотра, профилактический осмотр считается завершенным в объеме проведенных осмотров врачами-специалистами и выполненных исследований. При этом оплате в рамках I этапа подлежит комплексное посещение, сформированное в объеме проведенных осмотров врачами специалистами и выполненных исследований. Обязательным является прием (осмотр) врача-педиатра.

При проведении на II этапе дополнительных консультаций, исследований, назначенных несовершеннолетнему, профилактический осмотр является завершенным, при этом оплачивается только прием (осмотр) врача-педиатра.

1.2.20.3. В структуре тарифов на оплату комплексных посещений профилактических медицинских осмотров детского застрахованного населения Челябинской области, не предусмотрены расходы на проведение осмотра врачом - психиатром детским (врачом - психиатром подростковым) за счет средств ОМС.

1.2.21. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется по тарифам на оплату комплексного посещения, установленным приложениями 11, 12 к Тарифному соглашению.

В случае проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, в выходные дни к тарифу комплексного посещения применяется повышающий коэффициент в размере 1,05.

1.2.22. Оплата плановой первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказанной специализированными мобильными медицинскими бригадами

Оплата плановой первичной специализированной медико-санитарной помощи с лечебно-диагностической целью, оказанной застрахованному населению муниципальных образований Челябинской области специализированными мобильными медицинскими бригадами медицинских организаций, организованными в соответствии с приказами Минздрава Челябинской области от 17.08.2017 № 1528, от 13.05.2021 № 606, осуществляется в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, по тарифам на оплату медицинской помощи в соответствии с приложением 9/3 к Тарифному соглашению.

1.2.23. Оплата медицинской помощи в приемных отделениях круглосуточных стационаров

1.2.23.1. К случаям оказания медицинской помощи в приемных отделениях круглосуточных стационаров, которые учитываются в качестве посещения, следует относить контакт пациента с врачом приемного отделения без последующей госпитализации (при отсутствии показаний для госпитализации, при отказе пациента от госпитализации).

В случаях оказания медицинской помощи в приемных отделениях круглосуточных стационаров и проведения консультативно-диагностических услуг в диагностических и лечебных отделениях стационара медицинской организации без последующей госпитализации, единицей объема является посещение.

1.2.23.2. Оплата медицинской помощи (посещений), оказанной застрахованным лицам в приемных отделениях круглосуточных стационаров медицинских организаций, осуществляется по тарифам на оплату неотложной медицинской помощи, установленным приложением 9/4 к Тарифному соглашению.

1.2.24. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному населению за медицинскую услугу

1.2.24.1. Оплате подлежат отдельные диагностические (лабораторные) исследования, при наличии направления на исследования от врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при условии соблюдения утвержденного порядка

маршрутизации, в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии.

1.2.24.2. Оплата 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, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ, ОФЭКТ/КТ) осуществляется по тарифам на оплату медицинских услуг в соответствии с таблицей 1 приложения 9/7 к Тарифному соглашению.

1.2.24.3. Оплата медицинских услуг, оказываемых межрайонными отделениями пренатальной диагностики с кабинетами антенатальной охраны плода, организованными в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 04.12.2020 № 2206, на амбулаторном этапе беременным женщинам при сроках беременности 11-14 недель (I ультразвуковой скрининг с забором образцов крови для определения материнских сывороточных маркеров) и 19-21 неделя (II ультразвуковой скрининг) осуществляется по тарифам на оплату медицинских услуг «Пренатальная диагностика (I ультразвуковой скрининг с забором образцов крови для определения материнских сывороточных маркеров)», «Пренатальная диагностика (II ультразвуковой скрининг)» в соответствии с таблицей 1 приложения 9/7 к Тарифному соглашению.

1.2.24.4. Оплата медицинских услуг, оказываемых межрайонным отделением пренатальной диагностики с кабинетом антенатальной охраны плода, организованным на базе медицинской организации в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 08.12.2020 № 2222, при проведении биохимического скрининга в I триместре беременности, на амбулаторном этапе беременным женщинам осуществляется по тарифам на оплату медицинских услуг:

- «Пренатальная диагностика (биохимический скрининг)»;
- «Пренатальная диагностика (биохимический скрининг с определением плацентарного фактора роста (PLGF))» (беременным женщинам группы высокого риска развития преэклампсии)

в соответствии с таблицей 1 приложения 9/7 к Тарифному соглашению.

1.2.24.5. Оплата исследований на наличие вирусов гриппа, проводимых в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 21.12.2022 № 1881, осуществляется по тарифам на оплату медицинских услуг, установленным таблицей 1 приложения 9/7 к Тарифному соглашению.

1.2.24.6. Оплата медицинских услуг, оказанных в дополнение к базовой программе ОМС в части проведения:

- прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (гистологических исследований) при заборе материала в амбулаторных условиях, за исключением выявления онкологических заболеваний; при заборе материала в амбулаторных условиях и направлении на проведение иммуногистохимических исследований;

- компьютерной томографии;

- исследований гликированного гемоглобина в крови в рамках федерального проекта «Борьба с сахарным диабетом», проведенных застрахованным лицам вне зависимости от пола и возраста, с установленным диагнозом сахарный диабет или подозрением на сахарный диабет (коды диагноза по МКБ-10 E10-E14);

- исследований кала на скрытую кровь (количественным (иммунотурбидиметрическим) методом) с целью раннего выявления колоректального рака, проведенных застрахованным лицам независимо от пола, в возрасте 40 лет и старше, осуществляется в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, по тарифам на оплату медицинских услуг, установленным таблицей 2 приложения 9/7 к Тарифному соглашению.

1.2.25. Оплата медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи (за исключением оплаты услуг диализа).

1.2.25.1. При оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи (за исключением оплаты услуг диализа) размер финансового обеспечения медицинской организации определяется по следующей формуле:

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

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

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

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

1.2.25.2. Обращения, сформированные из двух и более посещений, оплачиваются по тарифам на оплату медицинской помощи за обращение, установленным приложениями 9/1, 9/2, 9/5, 9/6 к Тарифному соглашению.

1.2.26. Оплата медицинской помощи с применением методов диализа

1.2.26.1. Оплата медицинской помощи при проведении заместительной почечной терапии методом диализа пациентам, получающим услуги диализа в амбулаторных условиях, осуществляется по стоимости услуг диализа.

Стоимость услуг диализа (C_d) в амбулаторных условиях определяется по следующей формуле:

$$C_d = (T_{di} \times \text{Ч}_{\text{услуг } fi}) + (T_i^{\text{доп}} \times \text{Ч}_{\text{услуг } fi}), \text{ где}$$

T_{di} - тариф на оплату услуг диализа;

$\text{Ч}_{\text{услуг } fi}$ - количество фактически выполненных услуг диализа.

Тариф на оплату услуг диализа определяется по следующей формуле:

$$T_{di} = BT_{гд}(BT_{пд}) \times KЗ_d \times (KD_d \times D_{зп} + (1 - D_{зп})), \text{ где}$$

$BT_{гд}$ - базовый тариф на оплату гемодиализа по коду услуги А18.05.002 «Гемодиализ»;

$BT_{пд}$ - базовый тариф на оплату перитонеального диализа по коду услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ»;

$KЗ_d$ - коэффициент относительной затроемкости услуг диализа, применяемый к базовому тарифу на оплату диализа, установлен приложением 15 к Тарифному соглашению;

KD_d - коэффициент дифференциации установлен в размере 1,112;

$D_{зп}$ - доля расходов на заработную плату в услуге диализа установлена приложением 15 к Тарифному соглашению.

$T_i^{доп}$ - дополнительный тариф на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии в дополнение к базовой программе ОМС, рассчитанный для i -ой медицинской организации и применяемый к стоимости услуг гемодиализа:

$$T_i^{доп} = \frac{FO_i^{доп} - \sum_{n=1}^n FO_i^{доп} \phi}{Ч_{услуг} - \sum_{n=1}^n Ч_{услуг} \phi}, \text{ где}$$

$FO_i^{доп}$ - сумма финансового обеспечения на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии на 2025 год, установленная для i -ой медицинской организации;

$FO_i^{доп} \phi$ - фактическая сумма средств, направленных на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, i -ой медицинской организации;

$Ч_{услуг}$ - количество медицинских услуг гемодиализа в амбулаторных условиях, установленных Комиссией на 2025 год;

$Ч_{услуг} \phi$ - фактическое количество медицинских услуг гемодиализа в амбулаторных условиях.

1.2.26.2. Случай лечения при проведении диализа в амбулаторных условиях подлежит оплате, в том числе при пересечении сроков лечения при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров.

1.2.26.3. Оплата проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, установленная в дополнение к базовой программе ОМС, производится по дополнительным тарифам на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии (приложение 18/2 к Тарифному соглашению), в соответствии с установленными Министерством здравоохранения

Челябинской области медицинским организациям суммами финансового обеспечения на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии на 2025 год (приложение 18/1 к Тарифному соглашению).

Из средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области не оплачивается проезд к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, застрахованных за пределами Челябинской области.

1.2.27. Оплата стоматологической медицинской помощи

1.2.27.1. Оплата стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказанной взрослому и детскому застрахованному населению, осуществляется:

1) за обращение по поводу заболевания (стоимость обращения формируется как произведение общего количества УЕТ оказанных медицинских услуг и стоимости 1 УЕТ) с кратностью не менее 2-х посещений;

2) за разовое посещение в связи с заболеванием, стоимость которого формируется с учетом количества УЕТ оказанных медицинских услуг в посещении и стоимости 1 УЕТ, в случае лечения с недостигнутым результатом лечения, содержащим однократное посещение к одному врачу в течение одного дня;

3) за посещение медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием, стоимость которого формируется с учетом количества УЕТ оказанных медицинских услуг в посещении и стоимости 1 УЕТ;

4) за посещение с профилактической целью, стоимость которого формируется с учетом количества УЕТ оказанных медицинских услуг в посещении и стоимости 1 УЕТ;

5) за посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме, стоимость которого формируется с учетом количества УЕТ оказанных медицинских услуг в посещении и стоимости 1 УЕТ.

Стоимость 1 УЕТ установлена таблицами 1, 2 приложения 10 к Тарифному соглашению. Количество УЕТ оказанных медицинских услуг в посещении формируется в соответствии с таблицей 1 приложения 6 к Тарифному соглашению.

Стоматологическая медицинская помощь, оказанная в кабинетах при стационарах всех типов, в счет на оплату амбулаторной медицинской помощи медицинской организации, финансируемой СМО, не включается.

1.2.27.2. Оплата стоматологической медицинской помощи, оказанной в дополнение к базовой программе ОМС, медицинскими организациями в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 24.12.2020 № 2382 «Об организации отбора и направления на льготное зубопротезирование отдельных категорий граждан» (далее – стоматологическая помощь, установленная в дополнение к базовой программе ОМС), осуществляется в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, в рамках утвержденных бюджетных ассигнований за законченный

случай лечения заболевания по коду МКБ-10 K08.1 «Потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни» с кратностью от 2-х посещений.

Стоимость 1 УЕТ установлена таблицей 3 приложения 10 к Тарифному соглашению. Количество УЕТ оказанных медицинских услуг в обращении формируется в соответствии с таблицей 2 приложения 6 к Тарифному соглашению.

Глава 2. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

2.1. Основные подходы к оплате медицинской помощи по КСГ.

2.1.1. Отнесение случая лечения заболевания к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями, на основании всех возможных комбинаций классификационных критериев.

Особенности формирования и порядок оплаты отдельных КСГ устанавливаются и реализуются в соответствии с Методическими рекомендациями.

2.1.2. Стоимость законченного случая лечения в круглосуточном стационаре по КСГ (СС_{КС}).

2.1.2.1. Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (СС_{КС}) по КСГ (за исключением случаев, порядок оплаты которых установлен пунктом 2.1.2.2) определяется по следующей формуле:

$$СС_{КС} = (БС_{КС} \times КД \times КЗ_{КС} \times КС_{КС} \times КУС_{МО} + БС_{КС} \times КД^* \times КСЛП),$$

где:

БС_{КС} - базовая ставка без учета коэффициента дифференциации, рублей;

КЗ_{КС} - коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации в стационарных условиях;

КС_{КС} - коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КУС_{МО} - коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КД - коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462;

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

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» (равно единице).

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

$$КСЛП_{\text{сумм}} = КСЛП_1 + КСЛП_2 + КСЛП_n.$$

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных Приложением 8 к Тарифному соглашению, значение параметра КСЛП при расчете стоимости случая лечения принимается равным 0.

2.1.2.2. Расчет стоимости случаев госпитализации в круглосуточном стационаре по КСГ, составляющих исключение из порядка расчета стоимости, установленного п. 2.1.2.1.

1) Стоимость случая госпитализации в стационарных условиях по КСГ, в том числе в сочетании с оплатой за услуги диализа (СС_{КС}), определяется по следующей формуле:

$$СС_{\text{КС}} = (БС_{\text{КС}} \times КД \times КЗ_{\text{КС}} \times КС_{\text{КС}} \times КУС_{\text{МО}} + БС_{\text{КС}} \times КД^* \times КСЛП) + (Т_{\text{дi}} \times Ч_{\text{услуг фi}}),$$

где:

$T_{\text{дi}}$ - тариф на оплату услуг диализа;

$Ч_{\text{услуг фi}}$ - количество фактически выполненных услуг диализа.

Тариф на оплату услуг диализа (приложение 15 к Тарифному соглашению) определяется по следующей формуле:

$$T_{\text{дi}} = БТ_{\text{гд}} \times КЗ_{\text{д}} \times (КД_{\text{д}} \times Д_{\text{зп}} + (1 - Д_{\text{зп}})), \text{ где}$$

$БТ_{\text{гд}}$ - базовый тариф на оплату гемодиализа по коду услуги А18.05.002 «Гемодиализ»;

$КЗ_{\text{д}}$ - коэффициент относительной затроемкости услуг диализа, применяемый к базовому тарифу на оплату гемодиализа, (приложение 15 к Тарифному соглашению);

$КД_{\text{д}}$ - коэффициент дифференциации установлен в размере 1,112;

$Д_{\text{зп}}$ - доля расходов на заработную плату в услуге диализа установлена приложением 15 к Тарифному соглашению.

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

$$СС_{\text{КС}} = (БС_{\text{КС}} \times КЗ_{\text{КС}} \times ((1 - Д_{\text{зп}}) + Д_{\text{зп}} \times КС_{\text{КС}} \times КУС_{\text{МО}} \times КД) + БС_{\text{КС}} \times КД^* \times КСЛП),$$

где:

$Д_{\text{зп}}$ - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, установленная в приложении 7/7 к Тарифному соглашению.

3) Стоимость случая госпитализации в стационарных условиях по КСГ, в составе которой Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, в том числе в сочетании с оплатой услуг диализа (СС_{КС}), определяется по следующей формуле:

$$CC_{KC} = (BC_{KC} \times KZ_{KC} \times ((1 - D_{3П}) + D_{3П} \times KC_{KC} \times КУС_{МО} \times КД) + BC \times КД^* \times КСЛП) + (T_{дi} \times Ч_{услуг\ фи})$$

2.1.2.3. При расчете стоимости случаев госпитализаций в круглосуточном стационаре коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренных «дорожными картами» развития здравоохранения в Челябинской области в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», не применяется.

2.1.3. Размер финансового обеспечения медицинской организации по КСГ рассчитывается как сумма стоимости всех случаев госпитализации по КСГ в круглосуточном стационаре:

$$FO_{MO} = \sum CC_{KC}, \text{ где}$$

FO_{МО} - размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;

CC_{КК} - стоимость случая госпитализации по КСГ, рублей.

2.1.4. Длительность лечения в круглосуточных стационарах учитывается следующим образом: от даты поступления пациента в круглосуточный стационар до даты его выписки, включая выходные дни. При подсчете дней лечения в круглосуточном стационаре день поступления и день выписки считаются как один койко-день.

2.2. Порядок оплаты отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ.

2.2.1. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи.

2.2.1.1. К прерванным случаям оказания медицинской помощи 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);
4. Случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. Случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
6. Случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);
7. Случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
8. Законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным в приложении 7/3 к Тарифному соглашению.

9. Случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, st37.027, st37.028, st37.029, st37.030. st37.031 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и приложением «Расшифровка клинико-статистических групп заболеваний для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях» к Методическим рекомендациям (далее - Группировщик КС).

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

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям 2-9, установленным пунктом 2.2.4, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4 пункта 2.2.1.1.

Приложением 7/3 к Тарифному соглашению определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

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

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

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

Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, установлены приложением 7/5 к Тарифному соглашению.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - 40% стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 50% стоимости КСГ.

Вышеуказанные положения применяются к стоимости случая госпитализации

в стационарных условиях по КСГ без учета стоимости услуг диализа.

2.2.1.4. Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 7 и 9 пункта 2.2.1.1, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

2.2.2. Особенности оплаты случаев проведения лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше.

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

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в Группировщике КС, для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям 1-6 пункта 2.2.1.1.

В случае снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» Группировщика КС при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии) схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.2.1.1):

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

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

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

подпунктах 1 – 6 пункта 2.2.1.1.

Также схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.2.1.1) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике КС.

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.

При назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов, указанных в Приложении «Перечень лекарственных препаратов для проведения противоопухолевой лекарственной терапии при назначении которых необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических и (или) иммуногистохимических исследований» Методических рекомендаций, для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований и (или) иммуногистохимических исследований (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии). При отсутствии такого исследования оплата случая госпитализации с использованием схемы противоопухолевой лекарственной терапии не допускается.

2.2.3. Особенности оплаты лекарственной терапии при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов.

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

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме, в том числе при длительности лечения 3 дня и менее, если она выполнена в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе), а также при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.2.1.1.

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

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в

рамках круглосуточного стационара (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар), 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;

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

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

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

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;

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

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

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

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

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

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

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных

полирезистентными микроорганизмами.

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

2.2.5. В стоимость КСГ по профилю «акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение (КСГ st02.003 «Родоразрешение», КСГ st02.004 «Кесарево сечение»), 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».

2.2.6. В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи с применением метода лечения, включенного в Перечень видов ВМП (Раздел I приложения № 1 к Программе), либо после оказания высокотехнологичной медицинской помощи определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по тарифам на оплату высокотехнологичной медицинской помощи. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения как для специализированной, так и для высокотехнологичной медицинской помощи, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

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

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

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

2.2.7. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа.

2.2.7.1. Оплата случаев оказания медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях круглосуточного стационара осуществляется за услуги диализа с учетом фактического объема услуг, по тарифам, установленным приложением 15 к Тарифному соглашению, в сочетании:

- с оплатой по основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, в том числе при госпитализации на койки реанимационного профиля.

- с оплатой случая оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе при госпитализации на койки реанимационного профиля.

К законченному случаю проведения диализа относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

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

2.2.7.2. Оплата случаев лечения пациентов с острым и устойчивым нарушением функции почек (острая почечная недостаточность и хронические болезни почек) с проведением заместительной почечной терапии методами диализа осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ st18.001 «Почечная недостаточность» или КСГ st18.002 «Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа» и стоимости услуг диализа, оплачиваемых с учетом их фактического количества и применяемых дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

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

2.2.9. Особенности оплаты отдельных случаев хирургического лечения пациентов с онкологическими заболеваниями.

Отнесение случая к онкологическим хирургическим КСГ производится при комбинации диагнозов C00-C80, C97 и D00-D09 и услуг, обозначающих выполнение оперативного вмешательства.

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.

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. Данная информация в обязательном порядке отражается в реестре счетов.

2.2.10. Оплата случаев лечения пациентов с применением коэффициентов сложности лечения пациента (далее – КСЛП) осуществляется в случаях и по основаниям, установленных Приложением 8 к Тарифному соглашению.

В случаях проведения сопроводительной терапии, предусмотренной соответствующими клиническими рекомендациями, оплата стационарной медицинской помощи, оказанной по КСГ st19.084-st19.089, st19.094-st19.102, st19.163-st19.181, осуществляется с применением КСЛП «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)». Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии для применения данного КСЛП установлен таблицей 4 приложения 8 к Тарифному соглашению.

При использовании схем лекарственной терапии, предусматривающих применение лекарственных препаратов филграстим, деносумаб, эмпэгфилграстим, КСЛП «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» не применяется.

КСЛП «Проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID-19) в период госпитализации» не может применяться при оплате случаев лечения по КСГ st12.012 «Грипп, вирус гриппа идентифицирован» и КСГ st12.015-st12.019, используемых для оплаты случаев лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

2.2.11. Особенности формирования КСГ и оплаты медицинской помощи, для случаев лечения пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 (st12.015-st12.019).

2.2.11.1. Формирование групп осуществляется по коду МКБ 10 (U07.1 или U07.2) в сочетании с кодами иного классификационного критерия: «stt1»-«stt4», отражающих тяжесть течения заболевания, или «stt5», отражающим признак долечивания пациента 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. Каждому уровню тяжести состояния соответствует отдельная КСГ st12.015-st12.018 (уровни 1-4).

Коэффициенты относительной затроемкости по КСГ st12.016-st12.018 (уровни 2-4), соответствующим случаям среднетяжелого, тяжелого и крайне тяжелого течения заболевания, учитывают период долечивания пациента.

Оплата случаев оказания медицинской помощи пациентам со среднетяжелым течением коронавирусной инфекции COVID-19 с применением лекарственного

препарата: левелимаб (stt2.2), олокизумаб (stt2.3), тоцилизумаб (stt2.4), сарилумаб (stt2.5)), анакинра (stt2.7), ремдесивир (stt2.6), иммуноглобулин человека против COVID-19 (stt2.8), синтетическая малая интерферирующая рибонуклеиновая кислота (миРНК) (stt2.9), осуществляется по КСГ st12.016.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.2)».

Оплата случаев оказания медицинской помощи пациентам со среднетяжелым течением коронавирусной инфекции COVID-19 без применения вышеизложенных лекарственных препаратов (stt2.1) осуществляется по КСГ st12.016.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.1)».

2.2.11.2. Правила оплаты госпитализаций в случае перевода пациента 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.

2.2.12. Оплата случаев оказания медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Случай реабилитации по КСГ (st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026) длительностью менее предусмотренного соответствующим классификационным критерием значения, указанного в Группировщике по КС, является прерванным и оплачивается в соответствии с пунктом 2.2.1.

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

Оплата первого этапа медицинской реабилитации осуществляется с использованием коэффициента сложности лечения пациентов.

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

2.3. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи.

2.3.1. За счет средств ОМС оплачивается высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в раздел I приложения № 1 к Программе.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ 10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным Программой перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащим, в том

числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее - Перечень).

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной в круглосуточном стационаре, производится по тарифам на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной по ОМС взрослому и детскому застрахованному населению Челябинской области в круглосуточном стационаре ($T_{ВМПij}$) рассчитанным по формуле:

$$T_{ВМПij} = НФЗ_{ВМПj} \times ((1 - D_{ЗПj}) + D_{ЗПj} \times КД_i), \text{ где}$$

$НФЗ_{ВМПj}$ - норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления j-й высокотехнологичной медицинской помощи, установленный разделом I приложения № 1 к Программе;

$D_{ЗПj}$ - доля заработной платы в составе норматива финансовых затрат на оказание j-й высокотехнологичной медицинской помощи, установленный разделом I приложения № 1 к Программе;

$КД_i$ – коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462.

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

2.3.2. В рамках одной госпитализации допускается оплата одного и более случаев ВМП, в том числе на койке реанимации и интенсивной терапии.

2.4. Стоимость случая медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, включает расходы на проведение патологоанатомических вскрытий (посмертное патологоанатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патологоанатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу ОМС, в указанных медицинских организациях.

2.5. Оплата медицинской помощи, оказанной в дополнение к базовой программе ОМС, за счет средств межбюджетных трансфертов Челябинской области.

2.5.1. Оплата медицинских услуг, оказанных в дополнение к базовой программе ОМС в части проведения прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (гистологических исследований) при заборе материала в стационарных условиях для исследования последствий в родильных отделениях, осуществляется в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, по

тарифу на оплату медицинских услуг «Гистологическое исследование 2 категории сложности (сверх БП ОМС)» в соответствии с таблицей 2 приложения 9/7 к Тарифному соглашению.

2.5.2. Оплата специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях взрослому застрахованному населению с сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография) в дополнение к базовой программе ОМС.

Для оплаты случаев оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях взрослому застрахованному населению с сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография) по профилям медицинской помощи «кардиология» и «сердечно-сосудистая хирургия» обязательным условием является указание комбинации классификационных критериев: кода медицинской услуги А06.10.006 «Коронарография» и кодов по МКБ 10: I05, I06, I07, I08, I09, I11, I12, I20 (за исключением I20.0), I25, I26, I27 (за исключением I27.2), I28, I31, I34, I35, I36, I37, I38, I39, I42, I43, I44.0-I44.7, I45.1-I45.6, I45.8, I45.9, I46, I47.0-I47.2, I47.9, I48.0-I48.4, I48.9, I49, I50, I51, I70.0-I70.2, I70.8, I70.9, I71, I72 (за исключением I72.5, I72.6), I73, I74, I77, I78, I79, I80, I82, I83, I85, Q20, Q21, Q22, Q23, Q24 (за исключением Q24.6), Q25, Q26, Q27, Q28, R00, R07.2, R07.4, T82.

Оплата случаев специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях взрослому застрахованному населению с сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография) в дополнение к базовой программе ОМС, осуществляется в пределах утвержденных объемов медицинской помощи, бюджетных ассигнований по тарифам «Сосудистой хирургии (коронарография)», «Кардиологические (коронарография)» в размере 100% стоимости законченного случая лечения, включая прерванные случаи оказания медицинской помощи.

В рамках одной госпитализации в движении больного могут быть предъявлены на оплату случаи оказания медицинской помощи, финансируемые как в рамках базовой, так и в дополнение к базовой программе ОМС. В движении больного должна быть одна из коек по профилю «сосудистой хирургии» или «кардиологические», на которой была оказана медицинская помощь в соответствии с объемами, установленными Комиссией в дополнение к базовой программе ОМС за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области, и койки реанимации и интенсивной терапии (при необходимости).

2.5.3. Оплата специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях взрослому застрахованному населению по профилю «онкология» в дополнение к базовой программе ОМС.

2.5.3.1. Оплата специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях взрослому застрахованному населению по профилю «онкология» в дополнение к базовой программе ОМС в специализированном отделении Государственного автономного учреждения здравоохранения «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», осуществляется в пределах утвержденных бюджетных ассигнований в соответствии с объемами предоставления медицинской помощи, утвержденными Комиссией, по

тарифу на оплату законченного случая лечения заболевания «Онкологические (сверх БП ОМС)».

В рамках одной госпитализации в движении больного должна быть только одна койка по профилю «онкология», на которой была оказана медицинская помощь в соответствии с объемами, установленными Комиссией в дополнение к базовой программе ОМС за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области, и койки реанимации и интенсивной терапии (при необходимости).

2.5.3.2. Оплата прерванных случаев производится в следующем размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 40% стоимости законченного случая лечения;

- при длительности лечения более 3-х дней - 50% стоимости законченного случая лечения.

2.5.4. К прерванным случаям оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в дополнение к базовой программе ОМС относятся случаи прерывания лечения по медицинским показаниям; перевода пациента в другую медицинскую организацию; преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения; смерти пациента (летального исхода); законченные случаи лечения длительностью 3 дня и менее.

2.5.5. Учет законченных случаев лечения заболевания и койко-дней в стационаре круглосуточного пребывания и отделении реанимации и интенсивной терапии ведется медицинскими организациями в соответствии с учетными формами, утвержденными приказом Минздрава России от 30.12.2002 № 413.

Глава 3. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров

3.1. Основные подходы к оплате медицинской помощи по КСГ.

3.1.1. Отнесение случая лечения заболевания к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями, на основании всех возможных комбинаций классификационных критериев.

Особенности формирования и порядок оплаты отдельных КСГ устанавливаются и реализуются в соответствии с Методическими рекомендациями.

Длительность лечения в дневных стационарах учитывается следующим образом: от даты поступления пациента в дневной стационар до даты его выбытия, включая выходные дни. При подсчете дней лечения в дневном стационаре день поступления и день выбытия считаются как два дня лечения.

3.1.2. Стоимость законченного случая лечения в дневном стационаре по КСГ (СС_{дс}).

3.1.2.1. Стоимость одного случая лечения в дневном стационаре (СС_{дс}) по КСГ (за исключением случаев, порядок оплаты которых установлен пунктом 3.1.2.2) определяется по следующей формуле:

$$CC_{дс} = BC_{дс} \times KD \times KZ_{дс} \times KC_{дс} + BC_{дс} \times KD^* \times KCLP, \text{ где}$$

$BC_{дс}$ - базовая ставка без учета коэффициента дифференциации, рублей;

$KZ_{дс}$ - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения в условиях дневных стационаров;

$KC_{дс}$ - коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен случай лечения;

KD - коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462.

$KCLP$ - коэффициент сложности лечения пациента;

* - KD не применяется для $KCLP$ «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» (равно единице).

При отсутствии оснований применения $KCLP$, предусмотренных Приложением 8 к Тарифному соглашению, значение параметра $KCLP$ при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

3.1.2.2. Расчет стоимости случаев лечения в дневном стационаре по КСГ, составляющих исключение из порядка расчета стоимости, установленного п. 3.1.2.1:

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

$$CC_{дс} = BC_{дс} \times KZ_{дс} \times \left((1 - D_{зп}) + D_{зп} \times KC_{дс} \times KD \right) + BC_{дс} \times KD^* \times KCLP, \text{ где:}$$

$D_{зп}$ - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, установленная в приложении 7/8 к Тарифному соглашению.

2) Стоимость случая лечения в условиях дневных стационаров по КСГ ($CC_{дс}$) при оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа и при необходимости в сочетании с оплатой по КСГ, определяется по следующей формуле:

$$CC_{дс} = (BC_{дс} \times KD \times KZ_{дс} \times KC_{дс} + BC_{дс} \times KD^* \times KCLP) + (T_{дi} \times Ч_{услуг\ фи}) + (T_i^{доп} \times Ч_{услуг\ фи}), \text{ где}$$

$T_{дi}$ - тариф на оплату услуг диализа;

$Ч_{услуг\ фи}$ - количество фактически выполненных услуг диализа;

$T_i^{доп}$ - дополнительный тариф на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии в дополнение к базовой программе ОМС, рассчитанный для i -ой медицинской организации и применяемый к стоимости услуг гемодиализа.

3) Стоимость случая лечения по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, с оказанием услуг диализа определяется по следующей формуле:

$$CC_{дс} = BC_{дс} \times KZ_{дс} \times \left((1 - D_{зп}) + D_{зп} \times KC_{дс} \times KD \right) + BC_{дс} \times KD^* \times KСЛП + (T_{дi} \times Чуслуг_{fi}) + (T_i^{доп} \times Чуслуг_{fi})$$

3.1.3. При расчете стоимости случаев оказания медицинской помощи в условиях дневных стационаров не применяются коэффициенты уровня (подуровня) медицинской организации, достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренных «дорожными картами» развития здравоохранения в Челябинской области, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

3.1.4. Оплата случаев лечения пациентов с применением коэффициентов сложности лечения пациента осуществляется в случаях и по основаниям, установленным приложением 8 к Тарифному соглашению.

В случаях проведения сопроводительной терапии, предусмотренной соответствующими клиническими рекомендациями, оплата медицинской помощи, оказанной по КСГ ds19.058-ds19.062, ds19.067-ds19.078, ds19.135-ds19.156 осуществляется с применением КСЛП «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)». Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии для применения данного КСЛП установлен таблицей 4 приложения 8 к Тарифному соглашению.

При использовании схем лекарственной терапии, предусматривающих применение лекарственных препаратов филграстим, деносумаб, эмпэгфилграстим, КСЛП «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» не применяется.

3.1.5. Размер финансового обеспечения медицинской организации по КСГ, рассчитывается как сумма стоимости всех случаев лечения по КСГ в условиях дневных стационаров:

$$ФОмо = \sum CC_{дс}, \text{ где}$$

ФОмо - размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;

ССдс - стоимость случая лечения по КСГ, рублей.

3.2. Порядок оплаты отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ.

3.2.1. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи.

3.2.1.1. К прерванным случаям оказания медицинской помощи 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 дневного стационара в условия круглосуточного стационара);

4. Случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. Случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
6. Случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);
7. Случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
8. Законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным в приложении 7/4 к Тарифному соглашению.
9. Случаи медицинской реабилитации по КСГ ds37.017, ds37.018, ds37.019, а также случаи лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020 - ds12.027 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и приложением «Расшифровка клинико-статистических групп заболеваний для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара» к Методическим рекомендациям (далее – Группировщик ДС).

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

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям 2-4, установленным пунктом 3.2.5, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4 пункта 3.2.1.1.

Приложением 7/4 к Тарифному соглашению определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

3.2.1.3. Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, за исключением основания, связанного с проведением лекарственной терапии при ЗНО не в полном объеме, определяется в зависимости от выполнения

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

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 80% стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней - 85% стоимости КСГ.

Перечень КСГ дневных стационаров, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию представлен в приложении 7/6 к Тарифному соглашению.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - 40% стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней - 50% стоимости КСГ.

Вышеуказанные положения применяются к стоимости случая лечения в условиях дневных стационаров по КСГ без учета стоимости услуг диализа.

3.2.1.4. Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпункте 7 пункта 3.2.1.1, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

3.2.2. Особенности оплаты случаев с проведением лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше.

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

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в Группировщике ДС, для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям 1-6 пункта 3.2.1.1.

В случае снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» в Группировщике ДС при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии) схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 3.2.1.1):

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

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

Для остальных случаев (в том числе случаев проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) классификационным критерием отнесения к КСГ служит схема sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям 1-6 пункта 3.2.1.1.

Также схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 3.2.1.1) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике ДС.

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.

При назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов, указанных в Приложении «Перечень лекарственных препаратов для проведения противоопухолевой лекарственной терапии при назначении которых необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических и (или) иммуногистохимических исследований» к Методическим рекомендациям, для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований и (или) иммуногистохимических исследований (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии). При отсутствии такого исследования оплата случая лечения с использованием схемы противоопухолевой лекарственной терапии не допускается.

3.2.3. Особенности оплаты случаев с проведением лекарственной терапии при лечении хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D).

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

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней

введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 3.2.1.1) в случае проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике ДС.

Критерии оказания медицинской помощи больным с гепатитом С в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями, оплата которой осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.02.2023 № 70н «Об утверждении критериев оказания медицинской помощи больным с гепатитом С в условиях дневного стационара и стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями, оплата которой осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования».

Принимая во внимание длительность полного курса лечения, предполагается, что подача счетов на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках случая лекарственной терапии, возможна со следующего дня после окончания установленной длительности одного случая госпитализации.

3.2.4. Особенности оплаты случаев с проведением лекарственной терапии при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов.

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

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме, в том числе при длительности лечения 3 дня и менее, если она выполнена в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе), а также при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 3.2.1.1.

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

3.2.6. Особенности оплаты отдельных случаев хирургического лечения пациентов с онкологическими заболеваниями.

Отнесение случая к онкологическим хирургическим КСГ производится при комбинации диагнозов С00-С80, С97 и D00-D09 и услуг, обозначающих выполнение оперативного вмешательства.

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.

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. Данная информация в обязательном порядке отражается в реестре счетов.

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

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках дневных стационаров (в том числе в случае перевода из дневного стационара в круглосуточный стационар), 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.

3.2.8. Оплата процедуры экстракорпорального оплодотворения, с учетом проведения отдельных этапов, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов осуществляется по КСГ ds02.008-ds02.011.

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС не осуществляется.

3.2.9. Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания

высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту.

В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи с применением метода лечения, включенного в Перечень видов ВМП (Раздел I Приложения № 1 к Программе), либо после оказания высокотехнологичной медицинской помощи определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по тарифам на оплату высокотехнологичной медицинской помощи. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения как для специализированной, так и для высокотехнологичной медицинской помощи, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

3.3. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа.

3.3.1. Стоимость случая лечения в дневном стационаре (Сд) при оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях дневного стационара, определяется по формуле:

$$C_d = (T_{дi} \times Ч_{услуг\ фi}) + (T_i^{доп} \times Ч_{услуг\ фi}), \text{ где}$$

$T_{дi}$ - тариф на оплату услуг диализа;

$Ч_{услуг\ фi}$ - количество фактически выполненных услуг диализа.

Тариф на оплату услуг диализа (приложение 15 к Тарифному соглашению) определяется по следующей формуле:

$$T_{дi} = БТ_{гд} \times КЗ_d \times (КД_d \times Д_{зп} + (1 - Д_{зп})), \text{ где}$$

$БТ_{гд}$ - базовый тариф на оплату гемодиализа по коду услуги А18.05.002 «Гемодиализ»;

$КЗ_d$ - коэффициент относительной затроемкости услуг диализа, применяемый к базовому тарифу на оплату диализа, установлен приложением 15 к Тарифному соглашению;

$КД_d$ - коэффициент дифференциации установлен в размере 1,112;

$Д_{зп}$ - доля расходов на заработную плату в услуге диализа установлена приложением 15 к Тарифному соглашению.

$T_i^{доп}$ - дополнительный тариф на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии в дополнение к базовой программе ОМС, рассчитанный для i-ой медицинской организации и применяемый к стоимости услуг гемодиализа:

$$T_i^{доп} = \frac{\Phi O_i^{доп} - \sum_{n=1}^n \Phi O_i^{доп\ ф}}{Ч_{услуг} - \sum_{n=1}^n Ч_{услуг\ ф}}, \text{ где}$$

$\Phi O_i^{\text{дост}}$ - сумма финансового обеспечения на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии на 2025 год, установленная для i -ой медицинской организации;

$\Phi O_i^{\text{дост}}_{\text{ф}}$ - фактическая сумма средств, направленных на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, i -ой медицинской организации;

$\text{Ч}_{\text{услуг}}$ - количество медицинских услуг гемодиализа в дневных стационарах, установленных Комиссией на 2025 год для i -ой медицинской организации;

$\text{Ч}_{\text{услуг ф}}$ - фактическое количество медицинских услуг гемодиализа, оказанных в дневных стационарах i -ой медицинской организацией.

3.3.2. Оплата случаев оказания медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях дневных стационаров, осуществляется за услуги диализа с учетом фактического объема услуг, по тарифам, установленным приложением 15 к Тарифному соглашению, и при необходимости в сочетании с оплатой по КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, являющееся поводом для госпитализации в дневной стационар.

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

3.3.3. Учитывая установленный способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров - за законченный случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество процедур в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС за единицу объема в условиях дневных стационаров принимается один месяц лечения.

3.3.4. Случай оказания медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях дневного стационара, предъявленный к оплате одной медицинской организацией, подлежит оплате, в том числе, при пересечении сроков лечения в круглосуточных и дневных стационарах другой медицинской организации.

3.4. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи.

За счет средств ОМС оплачивается высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в раздел I приложения № 1 к Программе.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ 10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным Программой перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащим, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее - Перечень).

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, производится по тарифам на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной по ОМС взрослому застрахованному населению Челябинской области в условиях дневных стационаров ($T_{ВМПij}$) рассчитанным по формуле:

$$T_{ВМПij} = НФЗ_{ВМПj} \times ((1 - D_{ЗПj}) + D_{ЗПj} \times КД_i), \text{ где}$$

$НФЗ_{ВМПj}$ - норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления j-й высокотехнологичной медицинской помощи, установленный разделом I приложения № 1 к Программе;

$D_{ЗПj}$ - доля заработной платы в составе норматива финансовых затрат на оказание j-й высокотехнологичной медицинской помощи, установленный разделом I приложения № 1 к Программе;

$КД_i$ – коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462.

В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ.

3.5. Оплата медицинской помощи, оказанной в дополнение к базовой программе ОМС за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области в условиях дневных стационаров.

3.5.1. Оплата проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, производится по дополнительным тарифам на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии в дополнение к базовой программе ОМС (приложение 18/2 к Тарифному соглашению), в рамках утвержденных бюджетных ассигнований, в соответствии с установленными Министерством здравоохранения Челябинской области медицинским организациям суммами финансового обеспечения на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии на 2025 год (приложение 18/1 к Тарифному соглашению).

Из средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области не оплачивается проезд к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, застрахованных за пределами Челябинской области.

Глава 4. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

4.1. Оплата скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), оказанной по ОМС гражданам, застрахованным на территории Челябинской области, медицинскими организациями, указанными в

приложении 1 к Тарифному соглашению, осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации на обслуживаемое застрахованное население в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи при:

- остром коронарном синдроме с проведением тромболитической терапии (далее – ТЛТ);

- оказании медицинской помощи в соответствии с приказами Минздрава Челябинской области от 29.03.2023 № 234, от 13.10.2023 № 784, от 14.12.2023 № 994.

4.2. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации включает в себя оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации застрахованному обслуживаемому населению.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации не включает в себя оплату:

- вызовов скорой медицинской помощи с применением ТЛТ;

- вызовов скорой медицинской помощи, оказываемой выездными бригадами в соответствии с приказами Минздрава Челябинской области от 29.03.2023 № 234, от 13.10.2023 № 784, от 14.12.2023 № 994;

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

4.3. Объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС ($ОС_{СМП}$), определяется по следующей формуле:

$$ОС_{СМП} = (Н_{оСМП} \times Н_{фзСМП}) \times Чз - ОС_{МТР}, \text{ где}$$

$Н_{оСМП}$ - средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, вызовов;

$Н_{фзСМП}$ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

$ОС_{МТР}$ - объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС за вызов, рублей;

$Чз$ - численность застрахованного населения Челябинской области, человек.

4.4. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями,

участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо ($\Phi O_{CP}^{СМП}$), определяется по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{СМП} = \frac{O C_{СМП}}{Ч_3}$$

4.5. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗ} = \frac{O C_{СМП} - O C_B}{Ч_{3cp} \times КД}, \text{ где}$$

$ПН_{БАЗ}$ - базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рублей;

$O C_B$ - размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации застрахованным лицам в Челябинской области за вызов, рублей.

$Ч_{3cp}$ - среднемесячная численность обслуживаемого застрахованного населения, человек;

$КД$ - единый коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462.

4.6. Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи по следующей формуле:

$$ДПН^i = ПН_{БАЗ} \times КД_{ПВ}^i \times КД_{УР}^i \times КД_{ЗП}^i \times КД^i, \text{ где:}$$

$ДПН^i$ - дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, для i -той медицинской организации, рублей;

$КД_{ПВ}^i$ - коэффициент половозрастного состава для i -той медицинской организации.

Коэффициенты половозрастного состава учитывают затраты на оплату скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по половозрастным группам, в разрезе медицинских организаций.

Для расчета половозрастных коэффициентов численность застрахованных лиц в Челябинской области распределяется по следующим половозрастным группам:

- ноль - один год мужчины/женщины;

- один год - четыре года мужчины/женщины;
- пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;
- восемнадцать лет – шестьдесят четыре года мужчины/женщины;
- шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

Половозрастные коэффициенты рассчитываются для каждой половозрастной группы застрахованных лиц на основании данных о затратах на оплату скорой медицинской помощи, оказанной застрахованному обслуживаемому населению за определенный расчетный период, но не реже одного раза в год, и численности застрахованных лиц за данный период;

$KD_{ур}^i$ - коэффициент уровня расходов i -той медицинской организации;

$KD_{зп}^i$ - коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения в Челябинской области в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», для i -той медицинской организации;

KD^i - коэффициент дифференциации i -той медицинской организации.

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

$$FO_{СМП} = ДПн^i \times Ч_{зсп}^i + ОСВ, \text{ где}$$

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

$Ч_{зсп}^i$ - среднемесячная численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией (среднее значение между численностью на первое число отчетного месяца и первое число месяца, следующего за отчетным), человек.

Ежемесячно, в течение 2-х рабочих дней месяца, следующего за отчетным, информация о среднемесячной численности застрахованных лиц, обслуживаемых станциями (подстанциями) скорой медицинской помощи, отделениями скорой медицинской помощи в составе медицинских организаций, размещается на сайте ТФОМС Челябинской области.

4.8. Оплата скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме с проведением ТЛТ производится по тарифам за вызов скорой медицинской помощи. Указанные тарифы включают в себя затраты на лекарственное обеспечение ТЛТ с применением алтеплазы, проурокиназы, тенектеплазы, рекомбинантного белка, содержащего аминокислотную последовательность стафилокиназы.

4.9. Оплата медицинской помощи, оказанной выездными бригадами скорой медицинской помощи в соответствии с приказами Минздрава Челябинской области от 29.03.2023 № 234, от 13.10.2023 № 784, от 14.12.2023 № 994, в т.ч. при осуществлении медицинской эвакуации в профильные медицинские организации, которые оказывают медицинскую помощь в сфере ОМС, производится по тарифам за вызов выездной бригады медицинским организациям, указанным в приложении 1 к Тарифному соглашению.

4.10. Расчеты за скорую медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным в иных субъектах Российской Федерации, осуществляются по тарифам за вызов скорой медицинской помощи, оказанной населению, застрахованному на территории других субъектов Российской Федерации.

4.11. Финансовое обеспечение станций (подстанций) скорой медицинской помощи и отделений скорой медицинской помощи включает в себя, в том числе стоимость скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам, проживающим вне территории обслуживания станции (подстанции, отделений) скорой медицинской помощи по Челябинской области, за исключением скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, указанным в пунктах 4.8, 4.9.

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

Раздел III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, утвержденной в составе Правил ОМС, Методическими рекомендациями и включают в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством РФ, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 400 тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств,

лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств ОМС.

Стоимость медицинской помощи определяется дифференцированно с учетом коэффициента уровня медицинских организаций:

- коэффициент первого уровня медицинской организации - для оплаты медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

- коэффициент второго уровня медицинской организации - для оплаты медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, медицинские организации, расположенные на территории закрытых административных территориальных образований, а также специализированных больниц, центров, диспансеров;

- коэффициент третьего уровня медицинской организации - для оплаты медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

Отнесение медицинской организации к уровню медицинской организации осуществляется по предложению Министерства здравоохранения Челябинской области.

Расходы по оказанию медицинских услуг параклиническими подразделениями, отделениями реанимации и интенсивной терапии, палатами интенсивной терапии, расходы по содержанию параклинических подразделений, отделений реанимации и интенсивной терапии, палат интенсивной терапии, вспомогательных подразделений медицинских организаций включены в тарифы на оплату медицинской помощи.

Средства ОМС используются медицинскими организациями в соответствии с бюджетной классификацией Российской Федерации, применяемой при бухгалтерском (бюджетном) учете, на следующие виды расходов:

- заработная плата (включая расходы на финансовое обеспечение осуществления стимулирующих денежных выплат, в том числе:

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

- медицинским работникам фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе

медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

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

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях);

- начисления на оплату труда;

- прочие выплаты;

- приобретение лекарственных средств, расходных материалов;

- приобретение продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов;

- расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации);

- расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 400 тысяч рублей за единицу;

- приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств ОМС.

Тарифы на оплату медицинской помощи по видам и условиям, установленным в дополнение к Базовой программе ОМС, в части амбулаторно-поликлинической помощи (в том числе проведение прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (гистологических исследований), за исключением выявления онкологических заболеваний; проведение иммуногистохимических исследований; компьютерной томографии; оказание дополнительных объемов амбулаторно-поликлинической помощи по решениям врачебной комиссии; проведение исследований гликированного гемоглобина в крови в рамках федерального проекта «Борьба с сахарным диабетом»; проведение исследований кала на скрытую кровь (количественным (иммунотурбидиметрическим) методом) с целью раннего выявления колоректального рака; медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (проведение прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (гистологических исследований) для исследования последов; оказание медицинской помощи по профилям «онкология»,

«сердечно-сосудистая хирургия», «кардиология») включают в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 400 тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств ОМС.

Дополнительные тарифы на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, в дополнение к базовой программе ОМС включают в себя расходы на оплату транспортных услуг.

Глава 1. Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

1.1. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями Челябинской области.

1.1.1. Тарифы на оплату медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной взрослому и детскому застрахованному населению в поликлинике, медицинскими организациями 1, 2, 3 уровней оказания медицинской помощи, не участвующими в подушевом финансировании амбулаторной медицинской помощи, а также медицинскими организациями, участвующими в подушевом финансировании (в том числе на оплату внешней медицинской помощи (взаиморасчетов)), установлены приложением 9/1 к Тарифному соглашению.

1.1.2. Тарифы на оплату медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной взрослому и детскому застрахованному населению на дому, медицинскими организациями 1, 2, 3 уровней оказания медицинской помощи, не участвующими в подушевом финансировании амбулаторной медицинской помощи, а также медицинскими организациями,

участвующими в подушевом финансировании (в том числе на оплату внешней медицинской помощи (взаиморасчетов)), установлены приложением 9/2 к Тарифному соглашению.

1.1.3 Тарифы на оплату медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной взрослому и детскому застрахованному населению в поликлинике для медицинских организаций, не участвующих в подушевом финансировании амбулаторной медицинской помощи, а также для медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании, по видам медицинской помощи, не включенным в базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, установлены приложением 9/3 к Тарифному соглашению.

1.1.4. Тарифы на оплату неотложной медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной взрослому и детскому застрахованному населению в поликлинике, на дому установлены приложением 9/4 к Тарифному соглашению.

1.1.5. Тарифы на оплату консультативно-диагностической медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной взрослому и детскому застрахованному населению в консультативно-диагностических центрах Челябинской области, установлены приложением 9/5 к Тарифному соглашению.

1.1.6. Тарифы на оплату дистанционных консультаций в амбулаторных условиях, оказанных с применением телемедицинских технологий в режиме реального времени взрослому и детскому застрахованному населению на дому, для осуществления взаиморасчетов между медицинскими организациями, участвующими в подушевом финансировании установлены приложением 9/6 к Тарифному соглашению.

1.1.7. Тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых взрослому и детскому застрахованному населению в поликлинике медицинскими организациями, не участвующими в подушевом финансировании амбулаторной медицинской помощи, а также медицинскими организациями, участвующими в подушевом финансировании, по видам медицинской помощи, не включенным в базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, установлены таблицей 1 приложения 9/7 к Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату медицинских услуг, оказанных в дополнение к базовой программе ОМС взрослому и детскому застрахованному населению, установлены таблицей 2 приложения 9/7 к Тарифному соглашению.

1.1.8. Тарифы на оплату медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной взрослому застрахованному населению в центрах амбулаторной онкологической помощи установлены таблицей 1 приложения 9/8 к Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату медицинских услуг, оказанных взрослому застрахованному населению в центрах амбулаторной онкологической помощи, установлены таблицей 2 приложения 9/8 к Тарифному соглашению.

1.1.9. Тарифы на оплату комплексного посещения диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого застрахованного населения, диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме установлены приложением 9/9 к Тарифному соглашению.

1.1.10. Тарифы на оплату медицинской реабилитации, оказанной взрослому и детскому застрахованному населению в амбулаторных условиях, установлены приложением 9/10 к Тарифному соглашению.

1.1.11. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной взрослому и детскому застрахованному населению в школах для пациентов с сахарным диабетом установлены приложением 9/11 к Тарифному соглашению.

1.1.12. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной взрослому и детскому застрахованному населению в центрах здоровья установлены приложением 9/12 к Тарифному соглашению.

1.1.13. Тарифы на оплату стоматологических услуг (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанных взрослому и детскому застрахованному населению, установлены таблицей 1 приложения 10 к Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату неотложной стоматологической медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной взрослому и детскому застрахованному населению, установлены таблицей 2 приложения 10 к Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной по решениям врачебной комиссии в амбулаторных условиях в дополнение к базовой программе ОМС, установлены таблицей 3 приложения 10 к Тарифному соглашению.

1.1.14. Тарифы на оплату комплексного посещения диспансеризации взрослого и детского застрахованного населения установлены таблицей 1 приложения 11 к Тарифному соглашению.

Тарифы осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в рамках II этапа диспансеризации взрослого застрахованного населения установлены таблицей 2 приложения 11 к Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату комплексного посещения, медицинских услуг, проводимых в рамках углубленной диспансеризации взрослого застрахованного населения установлены таблицей 3 приложения 11 к Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату комплексных посещений, медицинских услуг, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, установлены таблицей 4 приложения 11 к Тарифному соглашению.

1.1.15. Тарифы на оплату комплексного посещения профилактических медицинских осмотров взрослого и детского застрахованного населения установлены таблицей 1 приложения 12 к Тарифному соглашению.

Тарифы осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в рамках I этапа профилактических медицинских

осмотров несовершеннолетних установлены таблицей 2 приложения 12 к Тарифному соглашению.

1.2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования в сфере ОМС Челябинской области.

1.2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учетом коэффициента дифференциации установлен в размере 8 836,37 рублей на 1 застрахованное лицо в год.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц без учета коэффициента дифференциации установлен в размере 190,07 рублей на 1 застрахованное лицо в месяц.

1.2.2. Коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи:

1.2.2.1. Половозрастные коэффициенты, учитывающие затраты на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в разрезе половозрастных групп установлены в:

0-1 года		1-4 года		от 5 до 17 лет		от 18 до 64 лет		65 лет и старше	
жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж
3,164	3,312	1,944	2,022	0,972	0,978	0,923	0,542	1,600	1,600

1.2.2.2. Коэффициенты 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 (КДот) установлены приложением 5 к Тарифному соглашению.

1.2.2.3. Коэффициенты дифференциации для медицинской организации (КД¹) установлены:

1.2.2.3.1. для медицинских организаций Челябинской области (за исключением изложенных в пункте 1.2.2.3.2) в размере 1,105;

1.2.2.3.2. для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО), подведомственных ФМБА:

- Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница № 71 Федерального медико-биологического агентства», Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральная медико-санитарная часть № 15 Федерального медико-биологического агентства» в размере 1,21;

- Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть № 72 Федерального медико-биологического агентства» в размере 1,14.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов для медицинских организаций устанавливается, в том числе с учетом применения вышеперечисленных коэффициентов дифференциации.

1.2.3. Размеры финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов (без учета коэффициентов дифференциации), при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н, составляет в среднем на 2025 год:

Фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей (с применением коэффициента уровня медицинской организации в размере 0,572, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурного подразделения медицинской организации, обслуживающего от 100 до 900 жителей) - 825,19 тыс. рублей;

Фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 101 до 900 жителей - 1 442,90 тыс. рублей;

Фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 901 до 1500 жителей - 2 885,80 тыс. рублей;

Фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1501 до 2000 жителей - 3 430,60 тыс. рублей;

Фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 2001 жителя (с применением коэффициента уровня медицинской организации в размере 1,002, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурного подразделения медицинской организации, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей) - 3 437,28 тыс. рублей.

Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, учитывающие в том числе критерии соответствия фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, установлены приложением 4 к Тарифному соглашению.

1.2.4. Среднемесячная численность застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям, коэффициенты половозрастного состава, коэффициенты уровня расходов медицинских организаций, коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения в Челябинской области, дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, тарифы на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, установлены приложением 13 к Тарифному соглашению.

1.2.5. Показатели результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, установлены в приложении 14 к Тарифному соглашению.

1.3. Базовый тариф на оплату гемодиализа по коду услуги А18.05.002 «Гемодиализ» установлен в размере 7 468,00 рублей. Базовый тариф на оплату перитонеального диализа по коду услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ» установлен в размере 5 413,00 рублей.

1.4. Тарифы на оплату услуг диализа установлены приложением 15 к Тарифному соглашению.

1.5. Дополнительные тарифы на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, в дополнение к базовой программе ОМС установлены приложением 18/2 к Тарифному соглашению.

Глава 2. Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

2.1. Базовая ставка в круглосуточном стационаре с учетом коэффициента дифференциации (1,105), рассчитанного в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462, установлена в размере 35 492,73 рублей, без учета коэффициента дифференциации установлена в размере 32 120,12 рублей.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (с учетом коэффициента дифференциации, без учета медицинской реабилитации) установлен в размере 10 173,59 рублей на 1 застрахованное лицо в год.

2.2. Перечень КСГ, к которым применяется/ не применяется коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи, размер коэффициентов относительной затратоемкости, коэффициентов специфики, используемых при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, установлены приложением 7/1 к Тарифному соглашению.

2.3. Перечень групп заболеваний, состояний (КСГ) в круглосуточном стационаре с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно установлен приложением 7/3 к Тарифному соглашению.

2.4. Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, установлены приложением 7/5 к Тарифному соглашению.

2.5. Значения коэффициентов уровня/подуровня медицинской организации в разрезе медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, установлены приложением 3 к Тарифному соглашению.

2.6. Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, используемая при оплате медицинской помощи в стационарных условиях установлена приложением 7/7 к Тарифному соглашению.

2.7. Перечень случаев, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента в стационарных условиях, значение коэффициента установлены приложением 8 к Тарифному соглашению.

2.8. Коэффициент дифференциации (КД) для медицинских организаций Челябинской области установлен в размере 1,105.

2.9. Базовый тариф на оплату гемодиализа по коду услуги А18.05.002 «Гемодиализ» установлен в размере 7 468,00 рублей.

2.10. Тарифы на оплату услуг диализа установлены приложением 15 к Тарифному соглашению.

2.11. Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной по ОМС взрослому и детскому застрахованному населению Челябинской области в стационарных условиях, установлены таблицей 1 приложения 16 к Тарифному соглашению.

2.12. Тарифы на оплату медицинских услуг, оказанных в дополнение к базовой программе ОМС взрослому и детскому застрахованному населению установлены таблицей 2 приложения 9/7 к Тарифному соглашению.

2.13. Тарифы на оплату специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях взрослому застрахованному населению с сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография), в дополнение к базовой программе ОМС «Сосудистой хирургии (коронарография)», «Кардиологические (коронарография)» за законченный случай лечения заболевания установлены в размере 25 610,40 рублей.

2.14. Тариф на оплату специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях взрослому застрахованному населению, в дополнение к базовой программе ОМС в специализированном отделении по профилю медицинской помощи «онкология» Государственного автономного учреждения здравоохранения «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины» «Онкологические (сверх БП ОМС)» за законченный случай лечения заболевания установлен в размере 52 238,12 рублей.

2.15. Оплата оказанной медицинской помощи производится в размере 100%, 85%, 80%, 50%, 40% стоимости законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ согласно условий, определенных в том числе пунктом 2.2.1 главы 2 раздела II.

Глава 3. Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров

3.1. Базовая ставка в дневном стационаре без учета коэффициента дифференциации установлена в размере 17 622,00 рублей.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара (с учетом коэффициента дифференциации, без учета медицинской реабилитации) установлен в размере 2 221,89 рублей на 1 застрахованное лицо в год.

3.2. Перечень КСГ, размер коэффициентов относительной затратно-емкости,

коэффициентов специфики, используемых при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, установлены приложением 7/2 к Тарифному соглашению.

3.3. Перечень групп заболеваний, состояний (КСГ) в дневном стационаре с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно установлен приложением 7/4 к Тарифному соглашению.

3.4. Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию установлены приложением 7/6 к Тарифному соглашению.

3.5. Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, используемая при оплате медицинской помощи в условиях дневного стационара, установлена приложением 7/8 к Тарифному соглашению.

3.6. Перечень случаев, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента в условиях дневных стационаров, значение коэффициента установлены приложением 8 к Тарифному соглашению.

3.7. Коэффициент дифференциации (КД) установлен:

3.7.1. для медицинских организаций Челябинской области (за исключением изложенных в пункте 3.7.2) в размере 1,105;

3.7.2. для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований:

- Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница № 71 Федерального медико-биологического агентства», Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральная медико-санитарная часть № 15 Федерального медико-биологического агентства» в размере 1,21;

- Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть № 72 Федерального медико-биологического агентства» в размере 1,14.

3.8. Базовый тариф на оплату гемодиализа по коду услуги А18.05.002 «Гемодиализ» установлен в размере 7 468,00 рублей.

3.9. Тарифы на оплату услуг диализа установлены приложением 15 к Тарифному соглашению.

3.10. Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной по ОМС взрослому застрахованному населению Челябинской области в условиях дневных стационаров, установлены таблицей 2 приложения 16 к Тарифному соглашению.

3.11. Дополнительные тарифы на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, в дополнение к базовой программе ОМС установлены приложением 18/2 к Тарифному соглашению.

3.12. Оплата оказанной медицинской помощи производится в размере 100%, 85%, 80%, 50%, 40% стоимости законченного случая оказания медицинской помощи по КСГ согласно условий, определенных в том числе пунктом 3.2.1 главы 3 раздела II.

Глава 4. Размер тарифов на оплату скорой медицинской помощи

4.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, с учетом коэффициента дифференциации установлен в размере 1 362,47 рублей на 1 застрахованное лицо в год.

4.2. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации без учета коэффициента дифференциации установлен в размере 100,95 рублей на 1 застрахованное лицо в месяц.

4.3. Половозрастные коэффициенты, учитывающие затраты на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в разрезе половозрастных групп установлены в размере:

0-1 года		1-4 года		от 5 до 17 лет		от 18 до 64 лет		65 лет и старше	
жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж
2,458	3,037	1,833	2,096	0,692	0,731	0,756	0,653	2,060	1,836

4.4. Коэффициент дифференциации для медицинской организации (КД¹) установлены:

4.4.1. для медицинских организаций Челябинской области (за исключением изложенных в пункте 4.4.2) в размере 1,105;

4.4.2. для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО), подведомственных ФМБА:

- Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница № 71 Федерального медико-биологического агентства», Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральная медико-санитарная часть № 15 Федерального медико-биологического агентства» в размере 1,21;

- Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть № 72 Федерального медико-биологического агентства» в размере 1,14.

4.5. Среднемесячная численность застрахованных лиц, обслуживаемых медицинскими организациями, коэффициенты половозрастного состава, коэффициенты уровня расходов медицинских организаций, коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения в Челябинской области, дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации установлены приложением 17/1 к Тарифному соглашению.

4.6. Тарифы за вызов скорой медицинской помощи, оказанной застрахованному населению Челябинской области, вне медицинской организации; Тарифы за вызов скорой медицинской помощи, оказанной населению, застрахованному на территории других субъектов Российской Федерации; Тарифы за вызов выездной бригады скорой медицинской помощи при оказании медицинской помощи в соответствии с приказами Минздрава Челябинской области от 29.03.2023 № 234, от 13.10.2023 № 784, от 14.12.2023 № 994, застрахованному населению Челябинской области, а также населению, застрахованному на территории других субъектов Российской Федерации, установлены приложением 17/2 к Тарифному соглашению.

Раздел IV. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

1. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества рассчитывается в соответствии с пунктами 154, 155 Правил ОМС. Применение неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи осуществляется к единице объема медицинской помощи, медицинской услуге, вызову скорой медицинской помощи, к случаю лечения заболевания по соответствующей КСГ.

2. Подушевой норматив финансирования для расчета размера штрафа применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в рамках Базовой программы ОМС (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением № 5 к Правилам ОМС):

2.1. при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях - подушевой норматив финансирования в соответствии с территориальной программой установлен:

- комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров в размере 777,43 рублей;
- комплексное посещение для проведения диспансеризации в размере 1 259,99 рублей;
- комплексное посещение для проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин в размере 275,98 рублей;
- посещение с иными целями в размере 1 333,90 рублей;
- посещение по неотложной медицинской помощи в размере 590,65 рублей;
- обращение в размере 2 800,56 рублей;
- отдельные диагностические (лабораторные) исследования в размере 685,43 рублей;
- комплексное посещение по профилю «медицинская реабилитация» в размере 91,64 рублей;
- комплексное посещение для проведения диспансерного наблюдения в размере 774,50 рублей;
- комплексное посещение с профилактической целью центров здоровья в размере 28,63 рублей;

2.2. при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации - подушевой норматив финансирования в соответствии с территориальной программой установлен - 1 384,37 рублей;

2.3. при оказании медицинской помощи в стационарных условиях - подушевой норматив финансирования в соответствии с территориальной программой установлен:

- случай госпитализации в условиях круглосуточного стационара, за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» - 10 403,12 рублей;

- случай госпитализации в условиях круглосуточного стационара по профилю «медицинская реабилитация» - 341,03 рублей;

2.4. при оказании медицинской помощи в условиях дневных стационаров - подушевой норматив финансирования в соответствии с территориальной программой установлен:

- случай лечения в условиях дневных стационаров, за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» - 2 267,49 рублей;

- случай лечения в условиях дневных стационаров по профилю «медицинская реабилитация» - 84,34 рублей.

3. Подушевой норматив финансирования для расчета размера штрафа применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области (дополнительные виды и условия оказания медицинской помощи, не установленные базовой программой ОМС; объемы медицинской помощи, установленные в дополнение к базовой программе ОМС) (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением № 5 к Правилам ОМС):

3.1. при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях - подушевой норматив финансирования в соответствии с территориальной программой установлен:

- обращение в размере – 83,56 рублей;

- отдельные диагностические (лабораторные) исследования в размере 12,57 рублей;

3.2. при оказании медицинской помощи в стационарных условиях - подушевой норматив финансирования в соответствии с территориальной программой установлен:

- случай госпитализации в условиях круглосуточного стационара, за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» - 199,84 рублей.

4. Перечень оснований для отказа в оплате (уменьшения оплаты) медицинской помощи и значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
РАЗДЕЛ 1. НАРУШЕНИЯ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ			
1.1.	Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.	0	0,3
1.2.	Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения (в случае, если установление диагноза и постановка на диспансерное наблюдение должно быть осуществлено в рамках одного случая оказания медицинской помощи).	0	1
1.3.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна	1	0,3

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
	быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей.		
1.4.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
1.4.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1	0
1.4.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	1	0
1.4.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение, отсутствие сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;	1	0
1.4.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1	0

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
1.4.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1	0
1.4.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты;	1	0
1.5.	Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе);	1	0
1.6.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.6.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в программу обязательного медицинского страхования;	1	0
1.6.2.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;	1	0
1.6.3.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи,	1	0

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
	установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;		
1.6.4.	включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации, медицинских услуг, оказываемой частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности.	1	0
1.7.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:		
1.7.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;	1	0
1.7.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании.	1	0
1.8.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности, в том числе с нарушением		

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
	лицензионных требований:		
1.8.1.	включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1	0
1.8.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности по случаям оказания медицинской помощи, завершившимся после прекращения действия лицензии медицинской организации;	1	0
1.8.3.	предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (на основании информации лицензирующих органов).	1	0
1.9.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста по профилю оказания медицинской помощи.	1	0
1.10.	Нарушения, связанные с повторным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:		

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
1.10.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	1	0
1.10.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1	0
1.10.3.	стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	1	0
1.10.4.	стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию.	1	0
1.10.5.	включение в реестр счетов медицинской помощи, оказанной амбулаторно, в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также оказания медицинской помощи (консультаций) в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме);	1	0
1.10.6.	включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один	1	0

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
	период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.		
РАЗДЕЛ 2. НАРУШЕНИЯ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ			
2.1.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования;	0	0,3
2.2.	Нарушение условий оказания скорой медицинской помощи, выразившееся в несоблюдении установленного программой обязательного медицинского страхования времени доезда бригады скорой медицинской помощи, при летальном исходе до приезда бригады скорой помощи.	1	3
2.5.	Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований, в том числе:		
2.7.	Представление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее (за исключением случаев, связанных с патологией беременности и	1	0,3

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
	родами) в течение четырнадцати календарных дней при оказании медицинской помощи в указанный период в амбулаторных условиях (за исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией).		
2.8.	Необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период пребывания в условиях круглосуточного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях).	1	0,3
2.9.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, входящую в базовую либо территориальную программу обязательного медицинского страхования, при оказании медицинской помощи в рамках базовой либо территориальной программы обязательного медицинского страхования.	0	1
2.10.	Приобретение пациентом или его представителем в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм	0,5	0,5

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
	человека, на основе клинических рекомендаций.		
2.11.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.	0	0,6
2.12.	Непредставление медицинской документации, учетно-отчетной документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, а также результатов внутреннего и внешнего контроля медицинской организации, безопасности оказания медицинской помощи без объективных причин в течение 10 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда обязательного медицинского страхования или территориального фонда обязательного медицинского страхования, или страховой медицинской организации, или специалиста-эксперта, эксперта качества медицинской помощи, действующего по их поручению.	1	0
2.13.	Отсутствие в документации (несоблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	0,1	0

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
2.14.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и/или учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы).	0,5	0
2.15.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней).	1	0
2.16.	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
2.16.1.	оплаченный случай оказания медицинской помощи не соответствует тарифу, установленному законодательством об обязательном медицинском страховании*;	0,1	0,3
2.16.2.	включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу;	1	1

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
2.16.3.	некорректное (неполное) отражение в реестре счета сведений медицинской документации.	1	
2.17.	Отсутствие в карте стационарного больного протокола врачебной комиссии в случаях назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.	0	0,3
2.18.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования.	0	0,3
РАЗДЕЛ 3 НАРУШЕНИЯ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ			
3.1.	Установление неверного диагноза, связанное с невыполнением, несвоевременным или ненадлежащим выполнением необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, с учетом рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:		
3.1.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	0
3.1.2.	приведшее к удлинению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от	0,3	0

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
	медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях;		
3.1.3.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания;	0,4	0,3
3.1.4.	приведшее к инвалидизации;	0,9	1
3.1.5.	приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов);	1	3
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:		
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	0
3.2.2.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных	0,4	0,3

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
	законодательством Российской Федерации случаях);		
3.2.3.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,9	1
3.2.4.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	1	3
3.2.5.	рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций;	0,9	1
3.2.6.	по результатам проведенного диспансерного наблюдения	0,9	1
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями мероприятий, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск	0,5	0,6

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
	прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания.		
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях).	0,5	0,3
3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение четырнадцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, тридцати дней стационарно (повторная госпитализация).	0,3	0
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,8	1
3.7.	Госпитализация застрахованного лица в плановой или неотложной форме с	1	0,3

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
	нарушением требований к профильности оказанной медицинской помощи (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации в неотложной и экстренной форме с последующим переводом в профильные медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций) в течение суток или более, если перевод в течение суток невозможен с учетом тяжести состояния пациента и его транспортабельности.		
3.8.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, отсутствие пациента в медицинской организации на дату проверки.	1	0,3
3.9.	Необоснованное повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов.	1	0,3
3.10.	Наличие расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов 2 - 3 категории, обусловленное непроведением необходимых диагностических	0,9	0,5

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
	исследований (за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме).		
3.11.	Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.	0,5	0
3.12.	Нарушение прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, базовой программы обязательного медицинского страхования; на выбор врача.	0	0,3
3.13.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов с учетом клинических рекомендаций, связанные с риском для здоровья пациента.	0,5	0,6
3.14.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе:		

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Кно)	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Кшт)
1	2	3	4
3.14.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;		1
3.14.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья;		2
3.14.3.	приведший к летальному исходу.		3
3.15.	Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в указанный порядок исследований, в том числе:		
3.15.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;		1
3.15.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения);		2
3.15.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения).		3

* В соответствии с п. 154, 155 Правил ОМС.

Раздел V. Заключительные положения

Глава 1. Порядок внесения изменений в Тарифное соглашение

1.1. Все изменения, вносимые в Тарифное соглашение, тарифы на оплату медицинской помощи, оформляются Дополнительным соглашением к Тарифному соглашению и являются неотъемлемой частью Тарифного соглашения.

1.2. Тарифы на оплату медицинской помощи пересматриваются Комиссией в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Глава 2. Срок действия Тарифного соглашения

2.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2025 и действует в рамках реализации базовой программы ОМС и территориальной программы ОМС.

2.2. Со дня вступления в силу настоящего Тарифного соглашения утрачивают силу Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 28.12.2023 № 190-ОМС, Дополнительное соглашение от 29.02.2024 № 1/190-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 28.12.2023 № 190-ОМС, Дополнительное соглашение от 28.03.2024 № 2/190-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 28.12.2023 № 190-ОМС, Дополнительное соглашение от 26.04.2024 № 3/190-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 28.12.2023 № 190-ОМС, Дополнительное соглашение от 27.06.2024 № 4/190-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 28.12.2023 № 190-ОМС, Дополнительное соглашение от 31.07.2024 № 5/190-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 28.12.2023 № 190-ОМС, Дополнительное соглашение от 28.08.2024 № 6/190-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 28.12.2023 № 190-ОМС, Дополнительное соглашение от 26.09.2024 № 7/190-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 28.12.2023 № 190-ОМС, Дополнительное соглашение от 31.10.2024 № 8/190-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 28.12.2023 № 190-ОМС, Дополнительное соглашение от 17.12.2024 № 9/190-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 28.12.2023 № 190-ОМС, Дополнительное соглашение от 26.12.2024 № 10/190-ОМС к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 28.12.2023 № 190-ОМС.