

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
НА ТЕРРИТОРИИ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ
НА 2023 ГОД**

г. Иваново

26 января 2023 года

Департамент здравоохранения Ивановской области, в лице исполняющего обязанности директора Департамента здравоохранения Ивановской области Москвиной С.С., территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ивановской области, в лице директора Березиной И.Г., страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ивановской области, в лице директора Ивановского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ – Мед» Новикова А.В., Ассоциация врачей Ивановской области, в лице председателя Волкова И.Е., Ивановская областная организация профессионального союза работников здравоохранения РФ, в лице председателя Вацуро Г.В., именуемые в дальнейшем «Стороны», руководствуясь статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», заключили настоящее Тарифное соглашение о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. Тарифное соглашение разработано и заключено в соответствии с:

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

Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2022 № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов»;

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 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»;

приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от

29.12.2020 № 1397н «Об утверждении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

постановлением Правительства Ивановской области «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ивановской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов»;

иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Ивановской области, регулируемыми правоотношения по предмету настоящего Тарифного соглашения.

1.2. Предметом настоящего Тарифного соглашения является тарифное регулирование оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным по обязательному медицинскому страхованию лицам в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ивановской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов (далее ТППГ), в части территориальной программы обязательного медицинского страхования.

1.3. Тарифное соглашение устанавливает тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – ТПОМС), их размер и структуру, способы оплаты медицинской помощи, размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

1.4. Тарифное соглашение регулирует правоотношения, возникающие между участниками обязательного медицинского страхования при реализации ТПОМС.

1.5. Для целей настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные понятия и термины.

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).

Базовая ставка финансирования медицинской помощи в стационаре – средний объем финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оплачиваемой на основе КСГ, в расчете на одного пролеченного пациента, определенный с учетом норматива финансового обеспечения, установленного ТПОМС (без учета поправочных коэффициентов, применяемых при оплате по КСГ).

Базовая ставка финансирования медицинской помощи в дневном стационаре – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в расчете на одного пролеченного

пациента, определенный с учетом норматива финансового обеспечения, установленного ТПОМС (без учета поправочных коэффициентов, применяемых при оплате по КСГ).

Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях – объем финансирования первичной медико-санитарной помощи по видам, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу, в расчете на одно застрахованное в Ивановской области лицо.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи – объем финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в расчете на одно застрахованное в Ивановской области лицо.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи – ежемесячный объем финансирования конкретной медицинской организации в расчете на одно прикрепившееся застрахованное лицо.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи – ежемесячный объем финансирования станции (отделения) скорой медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в зоне обслуживания.

Законченный случай лечения в стационаре (дневном стационаре) – совокупность медицинских услуг, оказанных пациенту от даты поступления до даты выписки, в соответствии с порядками и/или на основе стандартов оказания медицинской помощи с целью профилактики, медицинской реабилитации, диагностики и лечения заболеваний (в том числе выполнения хирургических операций) и состояний (включая беременность, роды и послеродовый период).

Законченный случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях – совокупность посещений и медицинских услуг, предоставляемых пациенту при его обращении в медицинскую организацию, при котором цель обращения за медицинской помощью достигнута.

Посещение с профилактической и иной целью – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (включая посещения, связанные с профилактическими мероприятиями, в том числе посещения центров здоровья, посещения среднего медицинского персонала, а также разовые посещения в связи с заболеваниями, а также посещения центров амбулаторной онкологической помощи).

Посещение с неотложной целью – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, при внезапных острых заболеваниях,

состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

Обращение в связи с заболеванием – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (по основной врачебной специальности) – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Оплата медицинской помощи по КСГ – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратно-емкости и поправочных коэффициентов.

Поправочные коэффициенты – устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов.

Коэффициент относительной затратно-емкости (КЗ) – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинко-статистической группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

Коэффициент специфики – коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинко-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинко-статистической группе.

Коэффициент уровня медицинской организации – коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинской организации в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и условиях дневного стационара.

Коэффициент подуровня медицинской организации – коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленные объективными причинами.

Коэффициент сложности лечения пациентов – коэффициент, устанавливаемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи за услугу – оплата при оказании услуги в амбулаторных условиях строго в соответствии с перечнем услуг.

Коэффициент дифференциации подушевого норматива – коэффициент, учитывающий различия в затратах медицинских организаций на оказание медицинской помощи прикрепленным лицам.

Медицинские организации, имеющие прикрепленное население – медицинские организации, участвующие в реализации ТПОМС и имеющие

прикрепленных по территориально-участковому принципу либо по выбору застрахованных по ОМС лиц, оплата медицинской помощи которым осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу на прикрепившихся лиц.

Медицинские организации, не имеющие прикрепленного населения – медицинские организации, участвующие в реализации ТПОМС, организационная структура которых не предусматривает наличие территориально-участкового принципа обслуживания населения.

Прерванный случай оказания медицинской помощи – случай оказания медицинской помощи в условиях стационара и/или дневного стационара при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, при проведении диагностических исследований и оказании услуг диализа. К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

Прикрепленные застрахованные – застрахованные лица, включенные в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц, прикрепленные к медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.

Подушевое финансирование – способ оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, при котором объем финансирования медицинских организаций зависит от численности прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц и размера дифференцированного подушевого норматива финансирования.

Тарифы на оплату медицинской помощи в системе ОМС – система ставок, определяющих размер оплаты за единицу объема медицинской помощи (обращение, законченный случай лечения, посещение, вызов скорой медицинской помощи, услуга), на основе подушевого норматива финансирования на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц, и состав компенсируемых расходов МО по оказанию медицинской помощи, предусмотренной территориальной Программой ОМС.

Условная единица трудоемкости (УЕТ) – норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме, необходимого для лечения среднего кариеса (1 класс по Блэку).

Установленный объем медицинской помощи – годовой объем медицинской помощи по условиям ее оказания, выраженный в единицах объема (вызов,

посещение, обращение, случай госпитализации в условиях стационара, случай лечения в условиях дневного стационара) и объем финансового обеспечения, установленный для медицинской организации решением Комиссии.

Понятия «**медицинская помощь**», «**медицинская услуга**» применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Понятия «**обязательное медицинское страхование**» (ОМС), «**базовая программа обязательного медицинского страхования**», «**территориальная программа обязательного медицинского страхования**», «**страховая медицинская организация**» (СМО), «**медицинская организация**» (МО), «**застрахованное лицо**» применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

2. Способы оплаты медицинской помощи

2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, участвующими в реализации ТПОМС, осуществляется в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в пределах объемов оказания и финансового обеспечения медицинской помощи по условиям ее оказания, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия) и распределенных между МО и СМО, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

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

1) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее – молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на

оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.

Перечень показателей результативности деятельности медицинской организации устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает, в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

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

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

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

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

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

Оплата производится в пределах объемов, установленных решением Комиссии, при наличии направления от врача, оказывающего первичную медико-санитарную, в том числе первичную специализированную помощь, в соответствии с порядком направления на такие исследования.

Направление на диагностическое исследование оформляется как посещение с профилактической и иной целью, в качестве результата оказания медицинской помощи указывается «Направлен на обследование».

При направлении на диагностическое исследование при подозрении на злокачественное новообразование указывается диагноз Z03.1 – Наблюдение при

подозрении на злокачественную опухоль, в других случаях – Z03.8 – Наблюдение при подозрении на другие болезни или состояния.

При представлении к оплате счетов за выполненные медицинские услуги при проведении диагностических исследований при подозрении на злокачественную опухоль в качестве основного диагноза указывается диагноз Z03.1 – Наблюдение при подозрении на злокачественную опухоль, в других случаях – Z03.8 – Наблюдение при подозрении на другие болезни или состояния.

В случае выявления по результатам исследований отклонения от нормы в качестве сопутствующего диагноза указывается один из диагнозов класса XVIII МКБ-10:

R84 - R89 – Отклонения от нормы, выявленные при исследовании препаратов,

R90 - R93 – Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностических изображений в ходе исследования,

R94 – Отклонения от нормы, выявленные при проведении функциональных исследований;

- за медицинскую помощь, оказываемую в центрах амбулаторной онкологической помощи;

- за медицинскую услугу в рамках сверхбазовой программы ОМС: проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушения развития ребенка у беременных женщин, проведение неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций;

- профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации.

Проведение углубленной диспансеризации планируется и учитывается в объеме и стоимости профилактических мероприятий. Единицей измерения первого этапа углубленной диспансеризации является комплексное посещение, включающее в себя перечень исследований в соответствии с приложением № 2 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов (далее — Программа).

При этом проведение углубленной диспансеризации осуществляется вне зависимости от факта прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров или диспансеризации.

Медицинские организации организуют прохождение углубленной диспансеризации гражданином исходя из выполнения всех исследований и иных медицинских вмешательств первого этапа углубленной диспансеризации в соответствии с пунктом 1 приложения № 2 к Программе с учетом показаний;

- диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан.

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение, включающее медицинские услуги (осмотры, исследования) в объеме, установленном Приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации), проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

- за медицинскую помощь, оказываемую в центрах здоровья (первичное и повторное посещение), впервые обратившимся гражданам в отчетном году для проведения комплексного обследования, и обратившимся для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья, а также гражданам, направленным медицинской организацией по месту прикрепления, медицинскими работниками образовательных организаций;

- при проведении медицинской реабилитации в амбулаторных условиях (третий этап) - комплексные посещения, включающие набор необходимых консультаций специалистов, проведение методов реабилитации, определенных индивидуальными программами реабилитации. Комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10–12 посещений. При этом, по решению лечащего врача консультация отдельных специалистов в рамках комплексного посещения может осуществляться в том числе с использованием телемедицинских технологий (1-2 посещения).

Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях при наличии не менее 2-х посещений врача физической и реабилитационной медицины.

Подлежат медицинской реабилитации в амбулаторных условиях пациенты с оценкой состояния пациента по ШРМ (1-3 балла), имеющие заболевания (профили заболеваний), по поводу которого проводится медицинская реабилитация (медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы, при кардиологических заболеваниях, при заболеваниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы, после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), при других соматических заболеваниях), а так же дети;

- комплексного исследования для диагностики фоновых и предраковых заболеваний репродуктивных органов у женщины;

- за комплексное кардиологическое обследование.

3) по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской

организации – при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по базовой и сверхбазовой ТПОМС, с учетом уровней организации медицинской помощи и способов оплаты, приведен в приложении № 1 к настоящему Тарифному соглашению.

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

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи) согласно приложению № 4 к Программе и разделу I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, установленного приложением 1 к Программе, с учетом предельного количества законченных случаев оказания медицинской помощи по ВМП на 2023 год (перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащий в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи приведен в приложении № 2 к настоящему Тарифному соглашению), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

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

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

б) проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

в) 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;

г) этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

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

е) 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;

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

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

и) 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;

- за 1 койко-день по паллиативной медицинской помощи в рамках

сверхбазовой программы ОМС;

- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 5 к Программе, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа, оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации с длительностью лечения менее количества дней, установленных классификационными критериями.

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

Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, представлен в приложении № 31 к настоящему Тарифному соглашению.

В случае, если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 70% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, представлен в приложении № 32 к настоящему Тарифному соглашению.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях круглосуточного стационара производится за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Тарифы на гемодиализ в стационарных условиях, включающие различные методы, приведены в приложении № 33 к настоящему Тарифному соглашению. При этом учитываются услуги, выполненные пациенту в течение всего периода его нахождения в круглосуточном стационаре.

В период лечения в круглосуточном стационаре пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. В случае, если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

При выполнении услуг диализа при сепсисе, септическом шоке, полиорганной недостаточности, печеночной недостаточности, острых отравлениях, остром некротическом панкреатите и других заболеваниях, установлены тарифы для осуществления дополнительной оплаты услуг к стоимости КСГ, указанных в приложении № 33.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях по базовой и сверхбазовой ТПОМС с учетом уровня организации медицинской помощи и способов оплаты, включая ВМП и медицинские услуги, приведен в приложении № 3 к настоящему Тарифному соглашению.

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

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи) согласно приложению № 4 к Программе, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинко-статистической группе заболеваний);

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания

лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, согласно приложению № 5 к Программе, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний).

Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, представлен в приложении № 31 к настоящему Тарифному соглашению.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 70% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, представлен в приложении № 32 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, в том числе по профилю «Медицинская реабилитация» в условиях дневного стационара с учетом уровня организации медицинской помощи и способов оплаты, приведен в приложении № 4 к настоящему Тарифному соглашению.

2.5. 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) применяются следующие способы оплаты:

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

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации по базовой ТПОМС с учетом уровней организации медицинской помощи и способов оплаты, приведен в приложении № 5 к настоящему Тарифному соглашению.

2.6. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, применяются следующие способы оплаты:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи.

При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средства на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов.

Перечень медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности, указан в приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает, в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением

телемедицинских технологий.

2.7. Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий:

- в амбулаторных условиях включается в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи.

Межучрежденческие расчеты при дистанционном взаимодействии медицинских работников при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, осуществляемой медицинскими организациями преимущественно 1-го и 2-го уровня (имеющими прикрепленное население) и производятся через страховую медицинскую организацию.

Межучрежденческие расчеты при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии с медицинскими организациями 3-го уровня осуществляются в рамках договоров о возмездном оказании медицинских услуг между медицинскими организациями без участия страховой медицинской организации, заключенных на общих основаниях, предусмотренных Гражданским кодексом Российской Федерации

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

Порядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий определен приказом Департамента здравоохранения Ивановской области.

2.8. 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, в том числе ВМП, 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.

3. Тарифы на оплату медицинской помощи

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных Законом Ивановской области от 19.12.2022 № 77-ОЗ «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Ивановской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» в части финансового обеспечения ТПОМС с учетом федеральных нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской

помощи и федеральных нормативов объемов медицинской помощи, установленных Программой.

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», и другими нормативными правовыми актами 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, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу. 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 обязательного медицинского страхования.

3.2.1. Тарифы на оплату медицинской помощи и размеры подушевого финансирования медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию формируются в соответствии с принятыми в ТПОМС способами оплаты медицинской помощи.

3.2.2. В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования за счет средств ОМС осуществляется финансовое обеспечение застрахованным лицам:

- первичной медико-санитарной помощи, включая профилактическую помощь; скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной эвакуации); специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП, включенной в раздел I перечня видов ВМП, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, при заболеваниях и состояниях,

указанных в разделе III ТППГ, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения;

- профилактических мероприятий, включая профилактические медицинские осмотры граждан и их отдельных категорий, указанных в разделе III ТППГ, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризацию, (при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе III ТППГ, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения), включая транспортные расходы мобильных медицинских бригад, диспансерное наблюдение, а также мероприятий по медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях амбулаторно и в условиях круглосуточного и дневного стационаров, аудиологическому скринингу, применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- оказание медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями;

- проведение углубленной диспансеризации;

- проведение медицинской реабилитации;

- медицинской помощи в случае выявления заболевания, включенного в базовую программу ОМС, в рамках проведения обязательных диагностических исследований при постановке граждан на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении договора об обучении на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки офицеров запаса, программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу (в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, входящим в базовую ОМС).

Финансовое обеспечение медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной службе осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и не включено в средние нормативы, установленные ТПОМС.

3.3. Тарифы на оплату медицинской помощи в одной МО являются едиными для всех СМО, находящихся на территории Ивановской области, оплачивающих медицинскую помощь в рамках ТПОМС.

Размер тарифа на оплату медицинской помощи устанавливается дифференцированно для медицинских организаций в зависимости от уровня (подуровня) медицинской организации, структурного подразделения.

Коэффициенты уровней оказания медицинской помощи приведены в приложении № 7 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4. Оплата медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках ТПОМС:

3.4.1. Размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, составляют:

- в неотложной форме – 770,0 рублей;
- при обращении по заболеванию – 1 725,7 рублей.

На проведение диагностических (лабораторных) исследований:

- компьютерной томографии – 2 692,10 рубля;
- магнитно-резонансной томографии – 3 675,90 рублей;
- ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 543,60 рубля;
- эндоскопического диагностического исследования – 996,80 рублей;
- молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – 8 371,10 рубль;
- патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2 064,50 рубля;
- тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 399,60 рублей.

С профилактическими и иными целями:

- комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров – 2 051,50 рубль;
- комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний – 2 507,20 рублей;
- с иными целями – 368,4 рублей.

Диспансерное наблюдение – 1 268,60 рублей.

Обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» – 19 906,00 рублей.

3.4.2. Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях.

3.4.2.1. Тарифы на одно посещение с профилактическими и иными целями, при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках базовой ТПОМС указаны в приложении № 8 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.2. Тарифы на одно посещение в сочетании с медицинской услугой в амбулаторных условиях в рамках базовой ТПОМС указаны в приложении № 9 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.3. Тарифы на одно посещение с применением телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках базовой ТПОМС указаны в приложении № 10 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.4. Тарифы на одно обращение по поводу заболевания, при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках базовой ТПОМС указаны в приложении № 11 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.5. Тарифы на комплексное посещение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях в рамках базовой ТПОМС указаны в приложении № 12 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.6. Тарифы на одно посещение в неотложной форме, при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках базовой ТПОМС указаны в приложении № 13 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.7. Тарифы на медицинские услуги для самостоятельных расчетов с медицинскими организациями государственной системы здравоохранения Ивановской области, а также для межучрежденческих расчетов – приложение № 14 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.8. Тарифы на проведение I этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, тарифы на проведение I этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в том числе с использованием мобильных комплексов - приложение № 15 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.9. Тарифы на I и II этапов диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе при оказании медицинской помощи мобильными бригадами и в выходные дни – приложение № 16 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.10. Тарифы для проведения углубленной диспансеризации, включающей исследования и медицинские вмешательства, гражданам, переболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) – приложение № 17 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.11. Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров взрослого населения, в том числе при оказании медицинской помощи мобильными бригадами и в выходные дни – приложение № 18 к настоящему Тарифному

соглашению.

3.4.2.12. Тарифы на комплексное посещение для проведения диспансерного наблюдения - приложение № 19 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.13. Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе при оказании медицинской помощи мобильными бригадами и в выходные дни – приложение № 20 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.14. Тарифы для оплаты стоматологической медицинской помощи – приложение № 21 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.15. Тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях – приложение № 22 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.16. Расчет тарифов, указанных в приложении № 23 к настоящему Тарифному соглашению, на оплату услуг по проведению пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин; пренатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, определяется соотношением суммы межбюджетного трансферта и утвержденных в план-задании объемов.

3.4.3. Расчет подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, определен с учетом Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленных в субъекты Российской Федерации совместным письмом от 26.01.2023 Министерства здравоохранения Российской Федерации № 31-2/И/2-1075 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 00-10-26-2-06/749 (далее – Рекомендации) и отдельных положений Программы.

Базовый подушевой норматив финансирования включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную медико-санитарную помощь, первичную врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеваниями, за исключением:

- расходов, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;
- расходов, 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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19));

- расходов, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения;

- расходов, направляемых на оплату посещений в неотложной форме;

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой в центрах здоровья, центрах амбулаторной онкологической помощи и медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения;

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

Значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи медицинской организации, финансируемой по подушевому нормативу в амбулаторных условиях, к базовому подушевому нормативу финансирования, учитывающего половозрастной состав обслуживаемого населения, приведены в приложении № 24 к настоящему Тарифному соглашению.

Численность застрахованных лиц в Ивановской области распределяется на следующие половозрастные группы:

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

При этом для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше устанавливается значение половозрастного коэффициента в размере 1,6.

Перечень медицинских организаций и их подразделений, для которых применяется коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе для медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу, включая оплату по всем видам и условиям медицинской помощи) приведен в приложении № 25 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов медицинских

организаций (в том числе для медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу, включая оплату по всем видам и условиям медицинской помощи) приведен в приложении № 26 к настоящему Тарифному соглашению.

Средства на оплату медицинской помощи в неотложной форме, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, учтены в размерах финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

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

Значение коэффициента уровня медицинской организации, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, установлено в размере 1,0.

Значения коэффициентов уровня расходов медицинских организаций и достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения для всех медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу, применяется равным 1,0.

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности:

- на 2023 год – 3% от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

Средства распределяются по решению Комиссии. Критерии оценки результативности деятельности (в том числе для медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу, включая оплату по всем видам и условиям медицинской помощи) и методика расчета объема средств, направляемых медицинским организациям за достижение целевых значений показателей результативности деятельности представлены в приложении № 27 к настоящему Тарифному соглашению.

Мониторинг достижения целевых значений показателей результативности деятельности медицинских организаций проводится Комиссией ежеквартально. Оценка результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью осуществления выплат стимулирующего характера производится Комиссией по итогам каждого полугодия.

Размеры фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования приведены в приложении № 28 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5. Оплата медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях:

3.5.1. Тарифы на оплату медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара. Перечень КСГ и тарифы на 1 случай госпитализации по КСГ в стационарных условиях по базовой ТПОМС с учетом уровней организации медицинской помощи, приведены в приложении № 29 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.1.1. Тарифы на оплату 1 койко-дня по паллиативной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях в отделениях паллиативной помощи и отделениях сестринского ухода в рамках сверхбазовой ТПОМС, за исключением межтерриториальных расчетов, – приложение № 23 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.1.2. Расходы на койки по уходу за ребенком при оказании паллиативной медицинской помощи включены в общий тариф на койко-день.

3.5.2. При предоставлении в соответствии с законодательством Российской Федерации одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю права на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях стоимость оказанной ребенку медицинской помощи включает расходы на содержание одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний, и финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования по видам медицинской помощи и заболеваниям, включенным в ТПОМС, путем применения коэффициента сложности лечения пациента.

Оплата отдельных, редко встречающихся, затратных случаев оказания медицинской помощи, с проведением однотипных операций на парных органах и сочетанных хирургических вмешательств, а также проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых осуществляется с применением коэффициента сложности лечения пациента.

Размер коэффициента сложности лечения пациента приведен в приложении № 30 к настоящему Тарифному соглашению.

Значение коэффициента сложности лечения пациента применяется к размеру базовой ставки.

Коэффициент сложности лечения пациента не применяется при оплате высокотехнологичной медицинской помощи.

3.5.3. Перечень КСГ, используемый в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, к которым применяется уровневый коэффициент, равный единице независимо от уровня организации медицинской помощи, указан в приложении № 34 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.4. Перечень КСГ, к которым применяется коэффициент специфики в стационарных условиях указан в приложении № 35 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.6. При направлении застрахованного лица в другую медицинскую организацию для проведения ПЭТ/КТ медицинской организацией, оказывающей ему медицинскую помощь в стационарных условиях и не имеющей возможности проведения ПЭТ/КТ, случай данной диагностики учитывается в рамках отдельного законченного случая при включении исследования в соответствующие клинические рекомендации (порядок оказания медицинской помощи, стандарт медицинской помощи), как консультацию – при отсутствии в клинических рекомендациях (порядке оказания медицинской помощи, стандарте медицинской помощи).

3.6. Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, осуществляется по тарифу законченного случая лечения.

3.6.1. Перечень КСГ и тарифы на 1 случай лечения по КСГ в условиях дневного стационара, по базовой ТПОМС с учетом уровней организации медицинской помощи, приведены в приложении № 36 к настоящему Тарифному соглашению.

3.6.2. Перечень КСГ, к которым применяется коэффициент специфики, независимо от уровня организации медицинской помощи в условиях дневного стационара, указан в приложении № 37 к настоящему Тарифному соглашению.

3.6.3. Перечень КСГ, используемый в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, к которым применяется уровневый коэффициент, равный единице независимо от уровня организации медицинской помощи, указан в приложении № 34 к настоящему Тарифному соглашению.

3.7. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) в рамках ТПОМС:

3.7.1. Размер базового норматива финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за вызов скорой медицинской помощи, составляет 3 288,90 рублей.

3.7.2. Тарифы на 1 вызов скорой медицинской помощи вне медицинской организации по уровням организации медицинской помощи в рамках базовой ТПОМС приведены в приложении № 38 к настоящему Тарифному соглашению.

3.7.3. Расчет подушевого норматива производится с учетом Рекомендаций и отдельных положений Программы.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского

страхования, в том числе скорую (специализированную) медицинскую помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

- расходов на оплату экстренных вызовов, специализированных экстренных консультативных бригад в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения;

- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь лицам, застрахованным за пределами Ивановской области.

Значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования, учитывающего половозрастной состав обслуживаемого населения скорой медицинской помощи приведены в приложении № 39 к настоящему Тарифному соглашению.

Размеры дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи приведены в приложении № 40 к настоящему Тарифному соглашению.

3.8. Расчет по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи, проводится с учетом Рекомендаций и отдельных положений Программы.

Подушевой норматив финансирования включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную медико-санитарную помощь, первичную врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой и неотложной формах в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеваниями, специализированную медицинскую помощь в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – случай госпитализации, а также специализированную медицинскую помощь и первичную медико-санитарную помощь в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – случай лечения, за исключением:

- расходов, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

- расходов, 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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19));

- расходов, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц для медицинской организации складывается из рассчитанного фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц для данной медицинской организации, включающего медицинскую помощь в неотложной форме, а также объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией, финансируемой по подушевому нормативу по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), к базовому подушевому нормативу финансирования, учитывающего половозрастной состав обслуживаемого населения, приведены в приложении № 41 к настоящему Тарифному соглашению.

Численность застрахованных лиц в Ивановской области распределяется на следующие половозрастные группы:

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

При этом для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше устанавливается значение половозрастного коэффициента в размере 1,6.

При оплате по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, оказываемой по всем видам и условиям медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи) в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинских организаций, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности:

- на 01.01.2023 – 3% от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

Размеры дифференцированных подушевых нормативов финансирования приведены в приложении № 42 к настоящему Тарифному соглашению.

3.9. Комиссией вне зависимости от применяемого способа оплаты устанавливаются единые базовые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемые при межучрежденческих расчетах (осуществляются медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями в соответствии с Тарифным соглашением) и межтерриториальных расчетах (осуществляются ТФОМС).

3.10. Расчеты между медицинскими организациями при предоставлении застрахованным прикрепленным лицам медицинской помощи в других медицинских организациях осуществляются страховыми медицинскими организациями в месяц предъявления счета к оплате по тарифу в размере 100% тарифа, действующего на дату оказания медицинской помощи соответствующего врача-специалиста.

Межучрежденческим расчетам подлежит медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями, финансируемыми по подушевому нормативу в амбулаторных условиях, а также по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи) в части оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, гражданам, прикрепленным к другой медицинской организации Ивановской области, скорой медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема.

При возникновении отрицательных значений в медицинской организации в связи с проведением межучрежденческих расчетов страховая медицинская организация производит удержание образовавшейся задолженности за счет оплаты медицинской помощи, оказанной в других условиях, имеющих в медицинской организации (за исключением сверхбазовой ТПОМС).

Взаиморасчеты за оказанную медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме, медицинскую помощь, оказываемую в центрах здоровья, медицинские услуги, включая предоставление клиничко-диагностических и прочих услуг, осуществляются медицинскими организациями самостоятельно.

3.11. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинскими организациями, находящимися вне территории Ивановской области, в которой выдан полис ОМС застрахованного лица, осуществляется по видам, включенным в базовую программу ОМС, по способам оплаты и тарифам, действующим на территории оказания медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи по видам, включенным в базовую программу ОМС, оказанной медицинскими организациями Ивановской области

застрахованным лицам, находящимся вне территории страхования, производится по тарифу за единицу объема медицинской помощи.

Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации по месту нахождения медицинской организации, и оказывающих медицинскую помощь в рамках участия в реализации территориальной программы другого субъекта Российской Федерации (далее - второй субъект Российской Федерации), при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, полис обязательного медицинского страхования которым выдан во втором субъекте Российской Федерации, применяются тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленные в тарифном соглашении другого субъекта Российской Федерации для данной медицинской организации.

3.12. Оплата паллиативной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин; неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, осуществляется за счет и в пределах средств межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджета Ивановской области в бюджет ТФОМС, лицам, зарегистрированным и застрахованным на территории Ивановской области, в пределах объемов, утвержденных планом-заданием на год с учетом поквартальной разбивки и ежемесячного финансового обеспечения.

Для расчетов по сверхбазовой программе при изменении межбюджетного трансферта, передаваемого из областного бюджета в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования Ивановской области и (или) объемов медицинской помощи, влекущих изменение тарифов, оплата счетов осуществляется по тарифам, действующим на дату завершения оказания медицинской помощи.

3.13. Счета на оплату медицинской помощи, в том числе паллиативной медицинской помощи, пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин; неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций за 2022 год не подлежат оплате в 2023 году.

3.14. Тарифы по ОМС не включают расходы:

- на транспортировку пациентов, страдающих хронической почечной

недостаточностью, от места их фактического проживания до места получения медицинской помощи методами гемодиализа и обратно;

- на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу. 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 обязательного медицинского страхования;

- проведение капитального ремонта и изготовление проектно-сметной документации для его проведения;

- по оказанию медицинской помощи по видам и расходам, финансовое обеспечение которых осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и Ивановской области за счет средств бюджетов всех уровней или других источников.

При определении соответствующих направлений расходования финансовых средств следует руководствоваться Указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденными приказом Министерства финансов Российской Федерации от 29.11.2017 № 209н «Об утверждении порядка применения классификации операций сектора государственного управления», Классификацией основных средств, включаемых в амортизационные группы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 01.01.2002 № 1 и Общероссийским классификатором основных фондов ОК 013-2014, принятым и введенным в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 12.12.2014 № 2018-ст.

Медицинские организации ведут отдельный аналитический учет поступления и расходования средств ОМС по условиям оказания медицинской помощи.

3.15. Расходование средств обязательного медицинского страхования, несоответствующее полностью или частично целям, определенным настоящим Соглашением, является нецелевым использованием средств ОМС. При установлении фактов нецелевого использования медицинские организации обязаны вернуть эти средства в бюджет ТФОМС Ивановской области.

3.16. Оплата медицинской помощи производится ежемесячно в размере, не превышающем 1/12 объемов предоставления медицинской помощи, с учетом ранее не выполненных объемов, в разрезе видов и условий оказания медицинской помощи и в размере до 1/12 финансовых средств, с учетом ранее не выполненных объемов, распределенных между медицинскими организациями на 2023 год и утвержденных Комиссией. Исходя из фактического выполнения объемов медицинской помощи с учетом уровня заболеваемости и потребности медицинских организаций плановые

показатели на месяц могут быть отличными от расчетной 1/12 на отчетный год.

3.17. ТФОМС Ивановской области осуществляет контроль целевого использования средств обязательного медицинского страхования.

4. Перечень оснований и размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

4.1. Перечень оснований и размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, приведены в приложении № 43 к настоящему Тарифному соглашению.

Подушевые нормативы финансирования, используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи, установленные в соответствии с территориальной программой ОМС:

- при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам – 6 015,80 рублей;
- при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по профилю «Медицинская реабилитация» – 58,80 рублей;
- при оплате скорой медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам – 953,80 рубля;
- при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам – 6 575,40 рублей;
- при оказании медицинской помощи в стационарных условиях по профилю «Медицинская реабилитация» – 236,00 рублей;
- при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара, в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам – 1 699,90 рублей;
- при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара по профилю «Медицинская реабилитация» – 62,20 рубля;
- при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, в рамках сверхбазовой программы ОМС застрахованным лицам – 146,10 рублей;
- при оказании медицинских услуг, в рамках сверхбазовой программы ОМС застрахованным лицам – 15,90 рублей.

Указанные подушевые нормативы финансирования, применяются для расчета размера штрафных санкций в зависимости от условий, в которых фактически была оказана медицинская помощь, независимо от способа оплаты медицинской помощи.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение заключается на один финансовый год и распространяет свое действие на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной с 01.01.2023 по 31.12.2023 до полного исполнения обязательств.

5.2. Изменения и дополнения к настоящему Тарифному соглашению могут вноситься только в письменном виде, путем заключения дополнительных соглашений к нему в том же порядке, в котором заключено настоящее Тарифное соглашение.

Подписи Сторон:

от Департамента
здравоохранения
Ивановской области



С.С. Москвина

от территориального
фонда
обязательного
медицинского
страхования
Ивановской области



И.Г. Березина

от страховых
медицинских
организаций



А.В. Новиков

от медицинских
профессиональных
некоммерческих организаций



И.Е. Волков

от профессиональных союзов
медицинских работников



Г.В. Вацуро