

Тарифное соглашение
в системе обязательного медицинского страхования
Смоленской области на 2023 год

г. Смоленск

« 30 » декабря 2022 г.

Департамент Смоленской области по здравоохранению в лице заместителя начальника Степаненко Олега Сергеевича,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Смоленской области в лице директора ТФОМС Смоленской области Никонова Константина Владимировича,

Страховая медицинская организация в лице директора общества с ограниченной ответственностью «Капитал Медицинское Страхование» в Смоленской области Бердниковой Лидии Васильевны,

Медицинская организация в лице главного врача ОГБУЗ «Детская клиническая больница» Деминой Елены Геннадьевны,

Смоленская областная организация Проффессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации в лице главного врача ОГБУЗ «Смоленский онкологический клинический диспансер» Эфрона Александра Григорьевича,

Смоленская региональная общественная организация «Врачебная палата» в лице главного врача ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая психиатрическая больница» Герасимова Сергея Александровича, именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящее соглашение (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

I. Общие положения

1.1. Настоящее Тарифное соглашение разработано на основании:

- Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
- Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- Проекта Постановления Правительства РФ «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов».
- Проекта Постановления Администрации Смоленской области «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий

бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов».

• Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Методические рекомендации).

• Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

1.2. Предметом Тарифного соглашения является установление:

- способов и порядка оплаты медицинской помощи, применяемых на территории Смоленской области;
- размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
- размеров 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.

1.3. Понятия и термины:

Тариф на оплату медицинской помощи в системе ОМС – денежная сумма, определяющая размер возмещения и состав компенсируемых расходов медицинским организациям за оказание медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС.

Случай госпитализации – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Оплата медицинской помощи за услугу – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных Методическими рекомендациями.

Посещение – контакт пациента с врачом, средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием, с последующей записью (постановка диагноза, назначение лечения, динамическое наблюдение и

другие записи на основании наблюдения за пациентом) в медицинской карте амбулаторного больного и оформлением талона амбулаторного пациента.

Законченный случай лечения в амбулаторных условиях (обращение по поводу заболевания) – объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

В законченном случае лечения в амбулаторных условиях (обращение по поводу заболевания) кратность посещений по поводу одного заболевания не менее двух.

Посещения с профилактической целью – посещения по поводу профилактических медицинских осмотров (комплексное посещение), 1 этап диспансеризации определенных групп населения (комплексное посещение), посещения 2-го этапа диспансеризации, 1 этап углубленной диспансеризации для граждан переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) (комплексное посещение), посещения 2-го этапа углубленной диспансеризации, патронаж, посещения в связи с другими обстоятельствами (в том числе наблюдение по поводу течения не осложненной беременности).

Комплексное посещение на проведение диспансерного наблюдения - обследование отдельных категорий граждан, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики.

Комплексное посещение к врачу-травматологу травматологического пункта – оказание медицинской помощи врачом-травматологом с использованием диагностического оборудования и иных манипуляций.

Комплексное посещение на проведение медицинской реабилитации в амбулаторно-поликлинических условиях – комплекс мероприятий, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций.

Посещения с иными целями – посещения, связанные с профилактическими мероприятиями, в том числе посещения центров здоровья, посещения в связи с другими обстоятельствами (получением справки, других медицинских документов), посещения среднего медицинского персонала и разовые посещения в связи с заболеваниями, в том числе при заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстей, за

исключением зубного протезирования, а также посещения центров амбулаторной онкологической помощи.

Посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме – посещения по поводу оказания медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – ежемесячная сумма финансовых средств в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепленное к медицинской организации, на медицинское обслуживание для получения первичной медико-санитарной помощи.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи – ежемесячная сумма финансовых средств на одно застрахованное лицо, обслуживаемое медицинской организацией при оказании скорой медицинской помощи.

«Прикрепленные» застрахованные граждане («прикрепленное» застрахованное население) – лица, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию в Смоленской области и прикрепленные к медицинской организации на обслуживание в соответствии с Порядком прикрепления граждан к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную или скорую медицинскую помощь на территории Смоленской области.

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).

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

Базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом коэффициента приведения.

Коэффициент относительной затратноёмкости – установленный Методическими рекомендациями коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний к

среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

Поправочные коэффициенты: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов.

Коэффициент специфики – 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.

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

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

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

Вызов скорой медицинской помощи - незамедлительный выезд и прибытие медицинского(их) работника(ов) к пациенту на место вызова (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), установление предварительного диагноза, проведение мероприятий, направленных на стабилизацию или улучшение состояния пациента и, при наличии медицинских показаний, транспортировку его в медицинскую организацию.

Комплексное посещение на оказание медицинской помощи в Центре здоровья - проведение врачом комплексного обследования с последующей записью в карте центра здоровья, карте здорового образа жизни и оформлением талона амбулаторного пациента.

Высокотехнологичная медицинская помощь - часть специализированной медицинской помощи, которая включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе

достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Случай госпитализации – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара в рамках которого осуществляется ведение одной истории болезни, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Медико-экономический контроль - установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам, на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов, условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, Территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

Медико-экономическая экспертиза - установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

Экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Телемедицинские технологии – лечебно-диагностические консультации, управленческие, образовательные, научные и просветительские мероприятия в области здравоохранения, реализуемые с применением телекоммуникационных технологий («медицина на расстоянии»).

II. Способы оплаты медицинской помощи

2.1. Способы оплаты медицинской помощи установлены в соответствии со статьей 35 Федерального закона 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и проекта Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов.

2.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

2.2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях осуществляется:

1) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, 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.

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

а) медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования (Приложение 2.7);

б) медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц (Приложение 2.7);

в) отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), (методом полимеразной цепной реакции в случае наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), либо наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в том числе для оценки результатов проводимого лечения, либо положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на

экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организацией), молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (Приложение 2.9);

г) профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации (Приложения: 9, 9.1, 10, 10.2, 10.3.);

д) диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения (Приложение 2.7);

е) медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией, и источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией (Приложение 2.7);

ж) по нормативу финансового обеспечения фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов с учетом критериев соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, осуществляется по нормативу, установленному Методическими рекомендациями (Приложение 2.2.).

2.2.2. Перечень медицинских организаций, структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

1) Перечень медицинских организаций Смоленской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу представлен в Приложении 2;

2) Перечень медицинских организаций Смоленской области, не имеющих прикрепившихся лиц представлен в Приложении 2.10.

2.2.3. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях осуществляется:

- по подушевому нормативу финансирования медицинским организациям, имеющим прикрепленное население, с учетом установленных показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях за единицу объема медицинской помощи.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включается финансовое обеспечение:

- медицинской помощи, оказываемой в центрах здоровья (комплексное посещение);
- медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме;
- медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения, в том числе стоматологическая медицинская помощь и медицинская помощь, оказываемая в женских консультациях;
- отдельных диагностических (лабораторных) исследований: 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);
- профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;
- диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;
- фельдшерско-акушерских пунктов;
- услуги диализа;
- комплексное посещение по профилю «медицинская реабилитация»;
- комплексное посещение к врачу-травматологу травматологического пункта;
- оказания отдельных медицинских услуг.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает посещение с иной целью, обращение (законченный случай) и расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

2.2.4. Оплата стоматологической помощи осуществляется за отдельную стоматологическую услугу (УЕТ) (перечень стоматологических услуг представлен в Приложении 1 «Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ)»).

2.2.5. Оплата за медицинскую помощь, оказанную в Центрах здоровья, осуществляется за посещение (комплексное посещение) по утвержденным тарифам, приведенным в Приложении 2.8.

Оплата повторного посещения в Центрах здоровья для динамического наблюдения осуществляется по тарифу за 1 посещение (Приложение 2.8).

2.2.6. Посещение с иной целью (лечебно-диагностической, консультативной и др.) оплачивается по утвержденному тарифу за 1 посещение, в том числе разовые и комплексные посещения к врачу-травматологу травматологического пункта. При длительных случаях лечения (свыше 1 месяца) по специальности "травматология", оплата осуществляется за посещение (Приложение 2.7).

2.2.7. Оплата неотложной медицинской помощи осуществляется за посещение (Приложение 2.7).

2.2.8. Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации осуществляется за комплексное посещение (Приложения: 9, 9.1, 10, 10.2, 10.3.).

2.2.9 Оплата диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения осуществляется за комплексное посещение по утвержденному тарифу, приведенному в Приложение 2.7.

2.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.

2.3.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, оплата которых осуществляется по КСГ, представлен в Приложении 4.

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

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

2) за прерванный случай госпитализации в случаях:

- прерывания лечения по медицинским показаниям;
- перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

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

Перечень групп заболеваний, по которым оплату медицинской помощи необходимо осуществлять с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, представлен в Приложении 4.3.

2.3.3. Порядок оплаты прерванных случаев лечения.

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, и не соответствует критериям оплаты случая лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

При выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии, прерванный случай оказания медицинской помощи 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.

Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, представлен в Приложении 4.2.

При невыполнении хирургического вмешательства лечение и (или)

тромболитической терапии прерванный случай оказания медицинской помощи оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ.

2.3.4. При лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренной соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

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

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций). Прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

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

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

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

4) Этапное хирургическое лечение при злокачественных

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

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

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

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

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;

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

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

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

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

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

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

9) Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

10) Проведение диализа.

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

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

Если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

2.3.6. 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, 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.

Оплата указанных случаев осуществляется в соответствии со следующими правилами:

1) В случае, если пациенту оказывается медицинская помощь в соответствии с классификационными критериями, присутствующими в Группировщике, (в том числе схема лекарственной терапии, хирургическое вмешательство, возрастная группа пациента) оплата осуществляется по КСГ, выбранной по общим правилам отнесения случаев к КСГ.

2) В случае, если пациенту проводится лекарственная терапия, которую невозможно отнести к определенной схеме лекарственной терапии, оплата осуществляется по КСГ по профилю «детская онкология», выбранной в зависимости от диагноза пациента.

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

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

После оказания в медицинской организации высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ.

2.3.8. Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного, а также дневного стационаров в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю

«Медицинская реабилитация».

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

Стоимость КСГ, предусматривающих медицинскую реабилитацию пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (st37.001-st37.003, ds37.001-ds37.002) увеличена с учетом возможности применения ботулинического токсина.

При этом введение ботулинического токсина для данных КСГ не является обязательным.

2.3.9. В условиях круглосуточного стационара оплата за услугу диализа осуществляется только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации.

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

2.3.11. Застрахованные лица, находящиеся на стационарном круглосуточном лечении и требующие дополнительных исследований, проведение диализа при необходимости могут транспортироваться медицинской организацией в другие медицинские организации. В этом случае оказанные медицинские услуги не предъявляются к оплате в страховые медицинские организации. Оплата осуществляется на договорной основе между медицинскими организациями.

2.3.12. При дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением оплата по двум КСГ (st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение» или st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение» возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более.

При этом оплата по 2 КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

- О14.1 Тяжелая преэклампсия;
- О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;
- О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;
- О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

КСГ st01.001 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» может быть подана на оплату только медицинскими организациями, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

2.3.13. 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.

Правила оплаты госпитализаций в случае перевода на долечивание:

- в пределах одной медицинской организации – оплата в рамках одного случая оказания медицинской помощи (по КСГ с наибольшей стоимостью законченного случая лечения заболевания);
- в другую медицинскую организацию – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата законченного случая лечения после перевода осуществляется по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)». Оплата прерванных случаев после перевода осуществляется в общем порядке;
- в амбулаторных условиях – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в общем порядке, определенным тарифным соглашением.

2.4. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

2.4.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, оплата в которых осуществляется по КСГ, представлен в Приложении 3.

2.4.2. Порядок оплаты случаев лечения в условиях дневного стационара.

При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, установлены следующие способы оплаты:

1) 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 КСГ, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

2) за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях:

- прерывания лечения по медицинским показаниям;
- перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

- изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар;

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

- перевода пациента в другую медицинскую организацию;

- преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;

- летального исхода;

- выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, согласно Приложению 5 к Программе (Приложение 4.3);

- за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

Законченный случай включает все дни лечения, в том числе праздничные и выходные дни, от даты поступления в дневной стационар до даты выписки.

При переводе пациента из круглосуточного стационара в дневной стационар, дата выписки может соответствовать дате поступления.

В период лечения в дневном стационаре (всех типов) застрахованный имеет право на получение амбулаторно-поликлинической помощи не по

основному заболеванию с оплатой из средств обязательного медицинского страхования.

2.4.3. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях дневного стационара осуществляется по КСГ для оплаты услуг диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в стационарных условиях – по КСГ для оплаты услуг диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Базовые тарифы, коэффициенты относительной затратоемкости и стоимость услуг диализа на проведение перитонеального диализа и гемодиализа в условиях дневного стационара представлены в Приложении 3.5.

Учитывая единственный, законодательно установленный, способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара – случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество услуг в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения. В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

При этом в период лечения, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

Законченным случаем лечения в дневном стационаре с проведением перитонеального диализа считается комплекс услуг, оказанных одному пациенту в течение одного месяца. Стоимость услуги перитонеального диализа устанавливается за день обмена.

2.4.4. Порядок оплаты прерванных случаев лечения.

При выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии, прерванный случай оказания медицинской помощи 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.

Перечень КСГ в условиях дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, представлен в Приложении 3.1.

При невыполнении хирургического вмешательства лечение и (или) тромболитической терапии прерванный случай оказания медицинской помощи оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ.

2.4.5. Оплата медицинских услуг при проведении процедуры ЭКО производится в соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий.

В рамках проведения процедуры ЭКО в соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий выделяются следующие этапы:

1. Стимуляция суперовуляции;
2. Получение яйцеклетки;
3. Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;
4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

5. Дополнительно в процессе проведения процедуры ЭКО возможно осуществление криоконсервации, полученных на III этапе, эмбрионов. При этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

В случае если базовая программа ЭКО была завершена по итогам I этапа (стимуляция суперовуляции) («ivf2»), I-II этапов (получение яйцеклетки) («ivf3»), I-III этапов (экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов («ivf4»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.009 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2)».

В случае проведения первых трех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов («ivf5»), а также проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов («ivf6»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)».

В случае проведения в рамках одного случая всех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов («ivf7»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.011 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4)».

В случае, если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов («ivf1»), случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.008 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)».

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет 1 день, в связи с чем указанные случаи могут быть оказаны как в условиях дневного стационара, так и в амбулаторных условиях.

2.5. Оплата скорой медицинской помощи вне медицинской организации

2.5.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, представлен в Приложении 5.

2.5.2. 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:

- 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).

2.5.3. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, в том числе с применением тромболитика.

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1. Структура тарифов на оплату медицинской помощи определяется в соответствии п. 7 ст.35 Федерального Закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения РФ от 28.02.2019 № 108н и Постановлением Правительства РФ от 28.12.2021 № 2505 (в редакции Постановления РФ от 12.03.2022 № 346) и включает следующие виды расходов: 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 100 тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 миллиона рублей при отсутствии у медицинской организации, не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования. Средства, полученные медицинской организацией за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами Смоленской области, используются на все виды расходов, включенные в состав тарифа.

Нецелевым использованием средств ОМС является направление медицинской организацией средств ОМС на цели, полностью или частично не соответствующие целям, установленным настоящим Тарифным соглашением, в том числе:

- на возмещение расходов по видам медицинской помощи, не включенным в Территориальную программу ОМС;
- на возмещение расходов по медицинской помощи, не предусмотренной лицензией медицинской организации;
- на возмещение расходов, не включенных в состав тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС;
- расходование средств ОМС при отсутствии подтверждающих документов;
- оплата собственных обязательств, не связанных с деятельностью по ОМС.

3.2. Размер тарифов рассчитан в соответствии с Методическими рекомендациями, и установлен в пределах объема финансовых средств на реализацию Территориальной программы обязательного медицинского

страхования, утвержденных областным законом о бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Смоленской области на текущий год и может корректироваться с учетом изменения финансового обеспечения Территориальной программы ОМС.

3.3. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливаются:

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, утвержден в Приложении 2.6.

3.3.2. Размер базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, исключающего влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах и диспансеризации застрахованных лиц, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (в размере 5 % от базового норматива финансирования на прикрепившихся лиц) утвержден в Приложении 2.6.

3.3.3. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях: медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), в том числе для осуществления межтерриториальных и межучрежденческих расчетов, утверждены в Приложениях 1.1; 2.7; 2.8.

Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе углубленной, диспансерному наблюдению, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, приведены в Приложениях 9; 9.1; 10; 10.1; 10.2, 10.3.

Размер средней стоимости стоматологического обращения 1 594,0 - руб., стоматологическое посещение – 714,0 руб., комплексное посещение профилактического медицинского осмотра - 2 051,50 руб., комплексное

посещение диспансеризации - 2 507,20 руб., комплексное посещение углубленной диспансеризации - 1 084,10 руб., комплексное посещение диспансерного наблюдения – 1 268,60 руб.

3.3.4. Коэффициенты дифференциации для каждой половозрастной группы застрахованных лиц для расчета дифференцированного подушевого норматива финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи приведены в Приложении 2.5.

Относительные и поправочные коэффициенты стоимости посещения и обращения по поликлинике приведены в Приложении 2.4.

Перечень медицинских организаций с учетом наличия у них подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, коэффициент дифференциации приведен в Приложении 2.3.

3.3.5. Коэффициент приведения среднегодового подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, коэффициенты специфики, коэффициент уровня и размер подушевых нормативов, применяемые при финансировании амбулаторно-поликлинической помощи приведены в Приложении 2.6.

Коэффициенты дифференциации подушевого норматива, могут пересчитываться не более одного раза на квартал.

Размер коэффициента дифференциации равен 1.

Размер коэффициента уровня медицинских организаций, оплата медицинской помощи которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц принимается равным 1.

3.3.6. Тарифы на исследования приведены в Приложении 2.9.

3.3.7. Тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий. Приложение 2.1.

3.3.8. Размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов составляет:

обслуживающий от 100 до 900 жителей, – 1 174,2 тыс. рублей

обслуживающий от 900 до 1500 жителей, – 1 860,3 тыс. рублей,

обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, – 2 088,9 тыс. рублей.

В случае если фельдшерско-акушерские пункты не соответствуют требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения РФ, к размеру финансового обеспечения применяется понижающий поправочный коэффициент.

Перечень фельдшерско-акушерских пунктов, диапазон численности обслуживаемого населения, размер поправочных коэффициентов и объем финансового обеспечения в разрезе медицинских учреждений утвержден Приложением 2.2.

3.3.9. Порядок организационного и финансового взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях и скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц утвержден Приложением 12.

3.3.10. Классификатор медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказываемой амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) приведен в Приложении 1.

3.4. В части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, устанавливаются:

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования утвержден в Приложении 4.6.

3.4.2. Перечень КСГ, коэффициенты относительной затратоемкости и коэффициенты специфики утверждены в Приложении 4.6.

3.4.3 Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ утверждены в Приложении 4.6.

Стоимость законченного случая лечения по КСГ определяется по формуле:

$$CC_{КСГ/КПГ} = НФЗ \times КП \times КЗ_{КСГ/КПГ} \times ПК \times КД, \text{ где}$$

НФЗ	средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, рублей;
КП	коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи;

КЗ _{КСГ/КПГ}	коэффициент относительной затратоемкости по КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
ПК	поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ (интегрированный коэффициент, рассчитываемый на региональном уровне);
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

Размер коэффициента дифференциации составляет 1.

Размер коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи составляет 0,65.

Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях по КСГ, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов утверждены Приложением 4.8.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях утверждены Приложением 6.

3.4.4. Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи для медицинских организаций и структурных подразделений медицинских организаций в условиях круглосуточного стационара приведены в Приложении 4.1.

Коэффициент сложности лечения пациента приведен в Приложении 7.1, порядок применения КСЛП – в Приложении 7.

Перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент специфики при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара определены Приложениями 4.4; 4.5; 4.7.

3.4.5. Порядок расчета стоимости одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов в условиях круглосуточного и дневного стационаров приведен в приложении 12.1.

Сведения о структуре затрат, в части заработной платы и прочих расходов, при оплате законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара приведены в Приложении 4.6.

3.5. В части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, устанавливаются:

3.5.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в Приложении 3.3.

3.5.2. Перечень КСГ, коэффициенты относительной затратоемкости, коэффициенты специфики приведены, сведения о структуре затрат, в части заработной платы и прочих расходов, при оплате законченного случая лечения в условиях дневного стационара в Приложении 3.3.

3.5.3. Размер средней стоимости законченного случая КСГ в условиях дневного стационара утвержден в Приложении 3.3.

Тарифы на 1 случай госпитализации по КСГ в условиях дневного стационара приведены в Приложении 3.4.

3.5.4. Размер коэффициент дифференциации составляет 1.

Размер коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи составляет 0,60.

Средний поправочный коэффициент оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара приведен в Приложении 11.

Коэффициент уровня в условиях дневного стационара равен 1.

3.5.5. Базовые тарифы на оплату гемодиализа и перитониального диализа, коэффициенты относительной затратоемкости и стоимость услуг диализа утверждены Приложением 3.5.

3.6. В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, устанавливаются:

3.6.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации

Территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования составляет утвержден в Приложении 5.2.

3.6.2. Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в год на одно застрахованное лицо утвержден в Приложении 5.2.

3.6.3. В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации:

Размер средней стоимости одного вызова утвержден в Приложении 5.1.

3.6.4. Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов утверждены в Приложении 5.1.

3.6.5. Коэффициент дифференциации для каждой половозрастной группы застрахованных лиц для расчета дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи приведены в Приложении 5.3.

3.6.6. Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, поправочный коэффициент, коэффициенты специфики, дифференцированные подушевые нормативы финансирования приведены в Приложении 5.2.

Размер коэффициента дифференциации составляет 1.

Размер коэффициента уровня медицинских организаций, оплата медицинской помощи которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц принимается равным 1.

3.6.7. Порядок организационного и финансового взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях и скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц утвержден Приложением 12.

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

4.1. Перечень и размер неоплаты или неполной оплаты медицинскими организациями штрафа за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества утвержден Приложением 8.

4.2. Устанавливать размеры подушевых нормативов финансирования, используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи:

1) в амбулаторных условиях – подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам в амбулаторных условиях (при необходимости – с учетом коэффициента дифференциации соответствующей медицинской организации) в размере 5 968,90 руб.;

2) при оплате скорой медицинской помощи вне медицинской организации – установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи субъекта Российской Федерации подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для скорой медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам, в размере 953,80 руб.;

3) в стационарных условиях, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи субъекта Российской Федерации подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам в размере 6 638,0 руб.;

4) в условиях дневного стационара, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи субъекта Российской Федерации подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам в размере 1 702,50 руб.

V. Заключительные положения

5.1. Тарифное соглашение действует на территории Смоленской области с

01.01.2023 года по 31.12.2023 года.

5.2. Внесение изменений и дополнений к Тарифному соглашению осуществляется решениями Комиссии по разработке территориальной программы ОМС Смоленской области.

5.3. Все приложения к настоящему соглашению являются его неотъемлемой частью.

Заместитель начальника
Департамента
Смоленской области по
здравоохранению

Степаненко О.С.

Директор Территориального
фонда обязательного
медицинского страхования

Никонов К. В.

Главный врач ОГБУЗ «Детская
клиническая больница»

Демина Е.Г.

Главный врач ОГБУЗ
«Смоленский онкологический
клинический диспансер», член
Смоленской областной
организации Профессионального
союза работников
здравоохранения РФ

Эфрон А.Г.

Главный врач ОГБУЗ
«Смоленская областная
клиническая психиатрическая
больница», член региональной
общественной организации
«Врачебная палата»

Герасимов С.А.

Директор филиала общества с
ограниченной ответственностью
«Капитал Медицинское
Страхование» в Смоленской
области

Бердникова Л.В.