

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в системе обязательного медицинского страхования
Рязанской области на 2025 год

г. Рязань

25 декабря 2024 года

Раздел 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Рязанской области заключено между:

органом исполнительной власти Рязанской области, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти Рязанской области, в лице министра здравоохранения Рязанской области Пшенникова Александра Сергеевича, первого заместителя министра здравоохранения Рязанской области Тимошенко Натальи Сергеевны;

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Рязанской области в лице директора Манухиной Елены Васильевны, заместителя директора Клишиной Натальи Николаевны;

страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере ОМС на территории Рязанской области, в лице директора Административного структурного подразделения Общества с ограниченной ответственностью «Капитал Медицинское Страхование» – Филиала в Рязанской области Юдина-Беседина Виктора Викторовича, директора Рязанского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Филькиной Людмилы Федоровны;

Рязанской областной организацией профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Шамбазовой Натальи Сергеевны и заместителя председателя Караушевой Людмилы Евгеньевны;

медицинскими профессиональными некоммерческими организациями в лице председателя Общественной организации «Ассоциация организаторов здравоохранения Рязанской области» Сорокиной Людмилы Юрьевны, председателя Рязанской областной общественной организации «Ассоциация врачей терапевтов» Якушина Сергея Степановича,

именуемые в дальнейшем «Стороны».

1.2. Тарифное соглашение сформировано в соответствии с:

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

– Федеральным законом от 21.11.2011 № 323–ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323–ФЗ);

– Постановлением Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» (далее – Программа);

– Постановлением Правительства Рязанской области «Об утверждении «Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год на плановый период 2026 и 2027 годов» (далее – Территориальная программа, Территориальная программа ОМС);

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

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее – Требования);

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее – Номенклатура);

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»;

– методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – Федеральная методика);

– методическими рекомендациями по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья, утвержденными 29.03.2024 Министерством здравоохранения Российской Федерации, направленными письмом от 08.04.2024 № 17-6/И/2-6434;

– приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – приказ № 543н);

– порядками оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи;

– другими нормативными актами Российской Федерации и Рязанской области.

1.3. Предметом настоящего Тарифного соглашения являются согласованные Сторонами позиции по оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в Рязанской области, в рамках реализации Территориальной программы ОМС.

1.4. Тарифное соглашение определяет и устанавливает:

способы оплаты медицинской помощи, применяемые в системе ОМС

Рязанской области;

размер и структуру тарифов на оплату медицинской помощи;

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

В Тарифном соглашении применяются основные термины и определения согласно приложению 1 к настоящему Тарифному соглашению.

В Тарифном соглашении применяются следующие сокращения:

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь.

КСГ – клинико–статистическая группа болезней.

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента.

Комиссия – комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования населения Рязанской области

Минздрав России – Министерство здравоохранения Российской Федерации

МКБ–10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (Десятый пересмотр).

МО – медицинская организация.

ОМС – обязательное медицинское страхование.

Тарифное соглашение – Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Рязанской области.

Территориальная программа – территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Территориальная программа ОМС – территориальная программа ОМС, утвержденная в составе территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

ПМСП – первичная медико–санитарная помощь.

СМО – страховая медицинская организация.

ТФОМС – территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

ТФОМС Рязанской области – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области.

УЕТ – условная единица трудоемкости.

ФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

Федеральная МО – медицинская организация, функции и полномочия учредителей в отношении которой осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти.

Федеральная методика – методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденные Минздравом России и ФОМС.

ФАП – фельдшерско–акушерские пункты.

Раздел 2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

2.1. При реализации Территориальной программы ОМС применяются способы оплаты медицинской помощи, установленные Территориальной программой ОМС в соответствии с базовой программой ОМС.

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

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и 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), позитронной эмиссионной томографии/позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии / однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее – ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), на ведение школ для больных сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско–акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

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

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, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;

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

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и (или) обучающихся в образовательных организациях;

медицинской помощи при ее оказании пациентам с сахарным диабетом в части ведения школ сахарного диабета;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

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

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

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

случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в таблице 1 приложения 27 настоящего Тарифного соглашения, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико–статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

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

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

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных таблицей 2 приложения 27 настоящего Тарифного соглашения, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

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

по подушевому нормативу финансирования;

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

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

При этом перераспределение средств обязательного медицинского страхования, предусмотренных на профилактические мероприятия, в счет увеличения размера базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц не допускается.

Перечень МО, включенных в реестр МО, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Рязанской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты установлен в приложении 2 к настоящему Тарифному соглашению.

2.2. В целях обеспечения единых подходов к оплате медицинской помощи в разрезе условий ее оказания в системе ОМС в Рязанской области устанавливаются единые принципы и порядок оплаты медицинской помощи, который регламентирует применение способов оплаты первичной медико-санитарной, специализированной медицинской помощи, особенности оплаты прерванных случаев лечения, а также скорой медицинской помощи. Расчет тарифов и порядок оплаты медицинской помощи осуществляются в соответствии с Федеральной методикой и с учетом приоритетности ее положений.

2.3. Коэффициент дифференциации 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» (далее – Постановление № 462) является единым для всей территории Рязанской области и составляет 1.

2.4. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

2.4.1. Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с указанием применяемых способов оплаты в соответствии с приложением 2 к настоящему Тарифному соглашению:

– перечень МО, оплата медицинской помощи в которых осуществляется 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), позитронной эмиссионной томографии/позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии / однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее – ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), на ведение школ для больных сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи, приведен в графе 3 приложения 2;

– перечень МО, оплата медицинской помощи в которых осуществляется 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, приведен в графе 4.1 приложения 2;

медицинской помощи, оказанной в МО, не имеющих прикрепившихся лиц, приведен в графе 4.2 приложения 2;

медицинской помощи, оказанной МО (в том числе по направлениям, выданным иной МО), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной МО, приведен в графе 4.3 приложения 2;

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, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ приведен в графе 4.4 приложения 2;

профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки

репродуктивного здоровья женщин и мужчин, приведен в графе 4.5 приложения 2;

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и (или) обучающихся в образовательных организациях-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, приведен в графе 4.6 приложения 2;

медицинской помощи при ее оказании пациентам с сахарным диабетом в части ведения школ сахарного диабета приведен в графе 4.7 приложения 2;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение) приведен в графе 4.8 приложения 2.

2.4.2. Диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц. Диспансерное наблюдение проводится в порядке, утвержденном Министерством здравоохранения Российской Федерации.

В отношении работающих застрахованных лиц по месту осуществления служебной деятельности может быть организовано проведение диспансерного наблюдения в целях профилактики развития профессиональных заболеваний или осложнений, обострений ранее сформированных хронических неинфекционных заболеваний.

2.4.3. Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к МО, исходя из установленных Территориальной программой нормативов объема и финансовых затрат на единицу объема для медицинской реабилитации. При этом комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10 – 12 посещений. Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях осуществляется дифференцированно, в том числе в зависимости от оценки состояния пациента по ШРМ (1 – 3 балла) и заболевания (профиля заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация.

Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации. 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).

2.4.4. Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому) на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, за исключением расходов на оплату телемедицинских консультаций, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения, проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования. Возможно также установление отдельных тарифов на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в целях проведения взаиморасчетов между медицинскими организациями, в том числе для оплаты медицинских услуг референс-центров.

По медицинским показаниям и в соответствии с клиническими рекомендациями медицинские работники медицинских организаций, расположенных в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, организуют проведение консультации с использованием дистанционных (телемедицинских) технологий с последующим внесением соответствующей информации о проведении и результатах такой консультации в медицинскую документацию пациента.

В соответствии с клиническими рекомендациями по медицинским показаниям медицинские организации могут организовать предоставление лекарственных препаратов для лечения гепатита С для приема пациентами на дому. В этом случае прием врача может проводиться с использованием дистанционных (телемедицинских) технологий, результаты лечения должны быть подтверждены лабораторными исследованиями.

При этом финансовое обеспечение оказания указанной медицинской помощи осуществляется с учетом передачи медицинскими организациями структурированных электронных медицинских документов в порядке и в соответствии с перечнем, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.4.5. Доабортное консультирование беременных женщин, включая консультацию медицинского психолога, в целях профилактики прерывания беременности, осуществляемое в соответствии с порядками оказания медицинской помощи женщинам от 20.10.2020 № 1130н, оплачивается за счет средств ОМС как профилактическое посещение к акушеру-гинекологу.

Медико-психологическое консультирование медицинскими психологами женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования.

2.4.7. Федеральные медицинские организации, участвующие в реализации Территориальной программы ОМС в Рязанской области, оказывают первичную медико-санитарную помощь в соответствии с Территориальной программой ОМС. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в соответствии с Территориальной программой ОМС в федеральных медицинских организациях, оказывается в случае распределения им объемов предоставления медицинской помощи Комиссией.

2.4.8. Возмещение затрат (оплата) за медицинскую помощь, оказанную застрахованным на территории Рязанской области лицам вне территории страхования, осуществляется по межтерриториальным расчетам между ТФОМС Рязанской области и ТФОМС иных субъектов Российской Федерации в соответствии с тарифами на оплату медицинской помощи, установленными для медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

2.4.9. Финансовое обеспечение ПМСП в МО, имеющих прикрепившихся лиц, осуществляется по подушевому нормативу финансирования. Средства на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплата которой согласно разделу IV Программы осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай), а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, ФАП в обязательном порядке исключаются при расчете объема средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования.

2.5. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях).

2.5.1. Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях с указанием применяемых способов оплаты в соответствии с приложением 2 к настоящему Тарифному соглашению:

- перечень МО, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу ВМП), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа приведен в графе 5 приложения 2;

- перечень МО, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной

терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в таблице 1 приложения 27 настоящего Тарифного соглашения, в том числе с оплатой за услугу диализа, приведен в графе 6 приложения 2;

перечень МО, оказывающих ВМП, приведен в графе 7 приложения 2;

перечень МО, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по профилю «Медицинская реабилитация», приведен в графе 8 приложения 2.

2.5.2. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи производится в следующем порядке:

к прерванным случаям относятся:

- 1) случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
- 2) случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
- 3) случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара);
- 4) случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
- 5) случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
- 6) случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);
- 7) случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
- 8) законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1 - 7 пункта 2.5.2 данного раздела) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, приведенный в таблице 1 приложения 27 настоящего Тарифного соглашения;

9) случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и приложением 6 к Федеральной методике.

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.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2 - 9 пункта 2.5.5 настоящего раздела Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2 - 4 пункта 2.5.2 настоящего Тарифного соглашения.

Таблицей 1 приложения 27 к настоящему Тарифному соглашению определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 85 процентов от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3 дней – 90 процентов от стоимости КСГ.

Таблицей 1 приложения 35 к настоящему Тарифному соглашению определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи по КСГ, не входящим в таблицу 1 приложения 35 к настоящему Тарифному соглашению, не могут быть оплачены с применением вышеуказанных размеров уменьшения оплаты прерванных случаев (85 процентов и 90 процентов соответственно).

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50 процентов от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3 дней – 80 процентов от стоимости КСГ.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 7 и 9 подпункта 2.5.2 настоящего Тарифного соглашения, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

2.5.3. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно представлен в таблице 1 приложения 27 к настоящему Тарифному соглашению.

2.5.4. В порядке, установленном Федеральной методикой, определяется полнота выполнения схемы лекарственной терапии:

- при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов в возрасте 18 лет и старше;
- при лечении хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D);
- при лечении с применением генно–инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов.

2.5.5. 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 стационара (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ–10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую; оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным подпунктом 2.5.2 настоящего Тарифного соглашения основаниям.

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

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

4. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара.

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

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

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

- 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.

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

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

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

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

2.5.6. Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания ВМП и специализированной медицинской помощи пациенту.

В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи с применением метода лечения, включенного в Перечень видов

ВМП (приложение № 1 к Программе), либо после оказания ВМП определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках ВМП по нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения как для специализированной, так и для ВМП, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

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

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

Отнесение случая оказания медицинской помощи к ВМП осуществляется при соответствии наименования вида ВМП, кодов МКБ–10, модели пациента, вида и метода лечения аналогичным параметрам, установленным перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи (Приложение № 1 к Программе), содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения ВМП. Оплата видов ВМП, включенных в базовую программу, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует перечню ВМП, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

МО, оказывающие специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях с применением методов ВМП:

- 1) ГБУ РО «Областная клиническая больница»;
- 2) ГБУ РО «Областная детская клиническая больница им. Н.В.Дмитриевой»;
- 3) ГБУ РО «Областной клинический перинатальный центр»;
- 4) ГБУ РО «Областной клинический онкологический диспансер»;
- 5) ГБУ РО «Областной клинический кардиологический диспансер»;
- 6) ГБУ РО «Областной клинический кожно–венерологический диспансер»;
- 7) ГБУ РО «Областная клиническая больница им. Н.А.Семашко»;
- 8) ГБУ РО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»;
- 9) ГБУ РО «Городская клиническая больница № 5»;
- 10) ГБУ РО «Городская клиническая больница № 11»;
- 11) ГБУ РО «Скопинский межрайонный медицинский центр».

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

Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в МО и структурных подразделениях МО, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Для КСГ st37.001 – st37.013, st37.021 – st37.026 в стационарных условиях критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ) в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788н. При оценке 2 балла по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 балла по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в Рязанской области. При оценке 4–5–6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах, требующих продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем служит оценка степени тяжести заболевания, определяющая сложность и условия проведения медицинской реабилитации. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую

реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок может получать медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

Стоимость КСГ, предусматривающих медицинскую реабилитацию пациентов с заболеваниями центральной нервной системы и заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы увеличена с учетом установления плановой длительности случая реабилитации. Случай реабилитации по КСГ (st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026) длительностью менее предусмотренного соответствующим классификационным критерием значения является прерванным и оплачивается в соответствии с подпунктом 2.5.2 настоящего Тарифного соглашения.

Стоимость КСГ (st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025) учитывает затраты, связанные с применением роботизированных систем. При этом в целях учета случаев лечения с применением роботизированных систем были добавлены иные классификационные критерии «rbprob4», «rbprob5», «rbrob4d12», «rbrob4d14», «rbrob5d18», «rbrob5d20» включающие, в том числе оценку по шкале реабилитационной маршрутизации и длительность лечения.

В целях учета случаев лечения с применением ботулинического токсина добавлены иные классификационные критерии «rbb2»–«rbb5», соответствующие оценке по ШРМ в сочетании с применением ботулинического токсина.

В целях учета случаев медицинской реабилитации с применением роботизированных систем и введения ботулинического токсина применяются иные классификационные критерии «rbbprob4», «rbbprob5», «rbbrob4d14», «rbbrob5d20» включающие в том числе оценку по ШРМ и длительность лечения.

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

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

Данный коэффициент предусматривает оплату реабилитационных мероприятий при проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5–ти суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 косяк отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания

медицинской помощи по медицинской реабилитации).

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

Медицинская реабилитация включает в том числе продолжительную медицинскую реабилитацию (длительностью 30 суток и более) для пациентов из числа ветеранов боевых действий, принимавших участие (содействовавших выполнению задач) в специальной военной операции на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики и Украины с 24 февраля 2022 г., на территориях Запорожской области и Херсонской области с 30 сентября 2022 г., уволенных с военной службы (службы, работы).

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

При оплате услуг диализа поправочные коэффициенты к стоимости услуг не применяются.

В стационарных условиях к законченному случаю относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре. В период лечения пациент обеспечивается всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

2.5.9. При оплате случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология» в стоимость КСГ, 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».

2.5.10. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»: при расчете стоимости случаев лекарственной терапии онкологических заболеваний учтены в том числе нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются).

Отнесение к КСГ, предусматривающим хирургическое лечение, осуществляется по коду МКБ–10 и коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой.

Формирование КСГ для случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода МКБ–10, кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и для большинства групп – с учетом количества дней проведения лучевой терапии (фракций).

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).

Отнесение к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляется по коду МКБ–10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количеству дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) формируются на основании кода МКБ–10 и схемы лекарственной терапии.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей формируются на основании кода МКБ–10, длительности и дополнительного классификационного критерия, включающего группу лекарственного препарата или МНН лекарственного препарата.

Оплата специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи детям при онкологических заболеваниях с использованием пэгаспаргазы и иных лекарственных препаратов, ранее централизованно закупаемых по отдельным решениям Правительства Российской Федерации, осуществляется по соответствующим КСГ, предусмотренным Программой, определенным с учетом кода диагноза пациента (по КСГ st08.002 «Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети»). Оказание медицинской помощи в рамках указанных тарифов осуществляется при наличии медицинских показаний, решения соответствующей врачебной комиссии (консилиума) или рекомендаций профильной федеральной медицинской организации (национального медицинского исследовательского центра), в том числе по результатам консультации с использованием телемедицинских (дистанционных) технологий.

В целях повышения эффективности использования средств обязательного медицинского страхования на оказание медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями при назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов, указанных в приложении 13 к Федеральной методике, для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований и (или) иммуногистохимических исследований (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии).

2.5.11. 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.

2.5.12. За счет средств ОМС в рамках базовой программы ОМС осуществляется финансовое обеспечение проведения патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в указанных медицинских организациях.

2.6. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

2.6.1. Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара с указанием применяемых способов оплаты в соответствии с приложением 2 к настоящему Тарифному соглашению:

– перечень МО, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу ВМП), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе ВМП) приведен в графе 9 приложения 2;

– перечень МО, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных таблицей 2 приложения 27 настоящего Тарифного соглашения, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том

числе в сочетании с оплатой по клинико–статистической группе заболеваний, группе ВМП) приведен в графе 10 приложения 2;

– перечень МО, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по профилю «Медицинская реабилитация» приведен в графе 11 приложения 2.

2.6.2. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи производится в следующем порядке:

к прерванным случаям относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из дневного стационара в условия круглосуточного стационара);
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);
7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1 – 7 пункта 2.6.3 настоящего Тарифного соглашения) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, приведенный в таблице 2 приложения 27 настоящего Тарифного соглашения;
9. случаи лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.016–ds12.021 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и приложением 6 к Федеральной методике.

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.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2 – 3 пункта 2.6.5 настоящего раздела Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2 – 4 пункта 2.6.2 настоящего Тарифного соглашения.

Таблицей 2 приложения 27 настоящего Тарифного соглашения определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 85 процентов от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3 дней – 90 процентов от стоимости КСГ.

Таблицей 2 приложения 35 к настоящему Тарифному соглашению определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи по КСГ, не входящие в таблицу 2 приложения 35 к настоящему Тарифному соглашению, не могут быть оплачены с применением вышеуказанных размеров уменьшения оплаты прерванных случаев (85 процентов и 90 процентов соответственно).

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50 процентов от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3 дней – 80 процентов от стоимости КСГ.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпункте 7 пункта 2.6.2 настоящего Тарифного соглашения, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

2.6.3. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно представлен в таблице 2 приложения 27 к настоящему Тарифному соглашению.

2.6.4. В порядке, установленном Федеральной методикой, определяется полнота выполнения схемы лекарственной терапии:

- при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов в возрасте 18 лет и старше;
- при лечении хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D);
- при лечении с применением генно–инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов.

2.6.5. 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 дневного стационара (в том числе в случае перевода с дневного стационара на круглосуточный стационар), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ–10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую; оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным по установленным подпунктом 2.5.2 настоящего Тарифного соглашения основаниям.

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

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

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

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

Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в МО и структурных подразделениях МО, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Для КСГ ds37.001 – ds37.008, ds37.015 – ds37.016 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по ШРМ в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом

Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788н. При оценке 2 балла по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 балла по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в Рязанской области.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах, требующих продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем служит оценка степени тяжести заболевания, определяющая сложность и условия проведения медицинской реабилитации. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

В целях учета случаев лечения с применением ботулинического токсина применяются иные классификационные критерии «rbb2»–«rbb5», соответствующие оценке по ШРМ в сочетании с применением ботулинического токсина.

В целях учета случаев медицинской реабилитации с применением роботизированных систем и введения ботулинического токсина применяются иные классификационные критерии «rbbprob4», «rbbprob5», «rbbrob4dl4», «rbbrob5d20», включающие в том числе оценку по ШРМ и длительность лечения.

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

Медицинская реабилитация включает в том числе продолжительную медицинскую реабилитацию (длительностью 30 суток и более) для пациентов из числа ветеранов боевых действий, принимавших участие (содействовавших выполнению задач) в специальной военной операции на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики и Украины с 24 февраля 2022 г., на территориях Запорожской области и Херсонской области с 30 сентября 2022 г., уволенных с военной службы (службы, работы).

2.6.7. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях дневного стационара осуществляется за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание.

При оплате услуг диализа поправочные коэффициенты к стоимости услуг не применяются.

Учитывая, что единицей планирования медицинской помощи в условиях дневного стационара является случай лечения, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы ОМС, за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения.

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

2.6.8. Оплата проведения экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) осуществляется с учетом следующих этапов:

1. Стимуляция суперовуляции.
2. Получение яйцеклетки.
3. Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов.
4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.
5. Дополнительно в процессе проведения процедуры цикла ЭКО возможно осуществление криоконсервации полученных на III этапе эмбрионов.

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС не осуществляется.

Отнесение к КСГ случаев проведения ЭКО осуществляется на основании иных классификационных критериев «ivf1» – «ivf7», отражающих проведение различных этапов цикла ЭКО.

В случае если базовый цикл ЭКО завершен 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 цикла ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов («ivf5»), а также проведения в рамках случая госпитализации четырех этапов цикла 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 цикла ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов («ivf7») оплата случая осуществляется по КСГ ds02.011 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4)».

В случае проведения цикла ЭКО с применением криоконсервированных эмбрионов («ivf1»), случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.008 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)».

Перечень МО, проводящих ЭКО:

- 1) ООО «Мать и дитя Рязань»;
- 2) ООО «ЦЕНТР ЭКО»;
- 3) ООО «ЭКО центр».

2.6.9. Оплата специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи детям при онкологических заболеваниях с использованием пэгаспаргазы и иных лекарственных препаратов, ранее централизованно закупаемых по отдельным решениям Правительства Российской Федерации, осуществляется по соответствующим КСГ, предусмотренным Программой, определенным с учетом кода диагноза пациента (по КСГ ds08.002 «Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети»). Оказание медицинской помощи в рамках указанных тарифов осуществляется при наличии медицинских показаний, решения соответствующей врачебной комиссии (консилиума) или рекомендаций профильной федеральной медицинской организации (национального медицинского исследовательского центра), в том числе по результатам консультации с использованием телемедицинских (дистанционных) технологий.

2.7. Порядок применения способов оплаты 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).

2.7.1. Перечень МО, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации с указанием применяемых способов оплаты в соответствии с приложением 2 к настоящему Тарифному соглашению:

– перечень МО, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, приведен в графе 12 приложения 2;

– перечень МО, оплата медицинской помощи в которых осуществляется 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) приведен в графе 13 приложения 2.

2.7.2. Финансовое обеспечение 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), осуществляется по подушевому нормативу финансирования, за исключением:

– расходов, направляемых на оплату вызовов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе

оказания медицинской помощи;

- расходов, направляемых на оплату вызовов скорой медицинской помощи, оказываемой анестезиолого-реанимационными бригадами;

- расходов, направляемых на оплату вызовов скорой медицинской помощи, лицам, застрахованным за пределами Рязанской области.

2.7.3. При формировании реестров счетов и счетов на оплату скорой медицинской помощи, вне зависимости от применяемого способа оплаты отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

Раздел 3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи определяется в зависимости от формы, вида и условий оказания медицинской помощи по способам оплаты медицинской помощи, указанным в разделе 2 настоящего Тарифного соглашения, в соответствии с Федеральной методикой и методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, установленной Правилами ОМС. В расчет тарифов включаются затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

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

отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

3.2. Размер тарифа на оплату медицинской помощи определяется дифференцированно с учетом уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в разрезе МО и (или) структурных подразделений МО.

3.3. Первичная медико-санитарная помощь, оказываемая в амбулаторных условиях.

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 7881,60 руб. в год.

Установленный средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Рязанской области.

3.3.2. Размеры базовых (средних) подушевых нормативов финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, составляют: в год – 1420,68 руб., в месяц – 118,39 руб.

3.3.3. Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, определен без учета средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, ФАП.

Перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования с указанием всех расходов, в том числе в разрезе врачей-специалистов, входящих в подушевое финансирование при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, установлен в таблице 1 приложения 9 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования с указанием всех расходов, исключаемых из подушевого норматива финансирования, установлен в таблице 2 приложения 9 к настоящему Тарифному соглашению.

3.3.4. В случае, если отдельная медицинская помощь включается в подушевой норматив финансирования (за исключением медицинской помощи, оплата которой в соответствии с Территориальной программой, Федеральной методикой осуществляется за единицу объема медицинской

помощи вне подушевого финансирования), но при условии невозможности проведения в конкретной медицинской организации, к которой прикреплено застрахованное лицо, данной медицинской помощи (исследований или консультаций специалистов, учтенных в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц), оплата такой медицинской помощи, оказанной в других медицинских организациях осуществляется из средств подушевого норматива финансирования медицинской организации, к которой прикреплено застрахованное лицо, в порядке, установленном в Рязанской области (в соответствии с пунктом 3.3.18 настоящего Тарифного соглашения).

3.3.5. Основная цель применения методики стимулирования медицинских организаций – это снижение показателей смертности прикрепленного к ней населения. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, определена доля средств от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности с учетом балльной оценки, в размере 3,0 процента.

Перечень показателей результативности деятельности МО, имеющих прикрепившихся лиц, и порядок их расчета приведены в приложении 23 к настоящему Тарифному соглашению.

Критерии оценки показателей результативности деятельности МО (включая целевые значения), а также порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей, в том числе размер выплат за достижение показателей результативности деятельности медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, объем финансовых средств приведены в приложении 28 к настоящему Тарифному соглашению.

3.3.6. Подушевые нормативы финансирования для каждой медицинской организации установлены дифференцированно с учетом коэффициентов дифференциации. При расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц применяются следующие коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования, рассчитанные в соответствии с требованиями Федеральной методики:

а) коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и

малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, установлены для всех МО с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, представлены в приложении 25 к настоящему Тарифному соглашению;

б) половозрастные коэффициенты дифференциации, учитывающие различия в потреблении медицинской помощи (КД_{пв}), в целом по субъекту составляют:

Половозрастные группы	Коэффициенты половозрастного состава	
	для мужчин	для женщин
До года мужчины/женщины	3,400	3,296
1 – 4 года мужчины/женщины	2,732	2,717
5 – 17 лет мужчины/женщины	1,583	1,569
18 – 64 года мужчины/женщины	0,495	0,853
65 лет и старше мужчины/женщины	1,600	1,600

Половозрастные коэффициенты дифференциации установлены для каждой МО, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, в соответствии с приложением 4 к настоящему Тарифному соглашению;

в) коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (КД_{ур}) установлены для всех МО, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, установлены в приложении 4 к настоящему Тарифному соглашению.

Расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий учтены путем применения повышающего коэффициента к коэффициенту уровня, рассчитываемого прямо пропорционально доле медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в общем объеме оказанной медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования. Повышающий коэффициент к коэффициенту уровня (подуровня) в размере 1,01 применен при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях в следующих медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий:

- в ГБУ РО «Областная клиническая больница им Н.А.Семашко»;
- в ГБУ РО «Областной клинический кардиологический диспансер»;

г) коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Рязанской области, для всех МО, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (КД_{зп}) установлены в приложении 4 к настоящему Тарифному соглашению (принимаются равными 1);

д) коэффициент дифференциации в соответствии с Постановлением № 462 для Рязанской области составляет 1, отражен в приложении 4 к настоящему Тарифному соглашению.

В целях недопущения необоснованного снижения объема подушевого финансирования МО при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования, в соответствии с таблицей 1 приложения 4 к настоящему Тарифному соглашению КД_{ур} и КД_{зп} установлены в размере не менее 1 для следующих МО:

- федеральные МО (ФКУЗ «Медико–санитарная часть № 62 Федеральной службы исполнения наказаний», ФКУЗ «Медико–санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Рязанской области»). Подушевой норматив финансирования для федеральных МО (за исключением образовательной организаций высшего образования ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации) установлен не ниже базового подушевого норматива финансирования для МО, расположенных в крупных городах;

- центральные районные, районные (в том числе межрайонные) и участковые больницы, обслуживающие взрослое население;

- МО, обслуживающие только детское население.

Негосударственная МО ЧУЗ «Больница «РЖД–Медицина» города Рязани», расположенная в г. Рыбное Рязанской области, не является единственной медицинской организацией в данном населенном пункте.

В целях сохранения сбалансированности Территориальной программы ОМС значения КД_{ур} и КД_{зп} для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, рассчитано с учетом недопущения влияния применения указанных коэффициентов на общий объем средств, распределяемый между медицинскими организациями по подушевому нормативу финансирования (среднее взвешенное значение каждого из указанных коэффициентов с учетом численности прикрепленного к соответствующим медицинским организациям населения составляет 1).

3.3.7. Значения всех коэффициентов, используемых при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования, значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования, а также численность прикрепленных лиц в разрезе медицинских организаций с указанием даты (периода) по состоянию на который представлена численность (среднемесячная численность прикрепленных к медицинской

организации лиц за ноябрь 2024 года) установлены в таблице 1 приложения 4 к настоящему Тарифному соглашению.

При оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях установлены сопоставимые дифференцированные подушевые нормативы финансирования, позволяющие обеспечивать принцип равных прав застрахованных граждан в рамках базовой программы ОМС.

3.3.8. Оплата медицинской помощи, оказываемой фельдшерским здравпунктом, ФАП учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом № 543н и осуществляется по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации. Размер финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, ФАП (базовый норматив) при условии их соответствия требованиям, установленным Приказом № 543н, на год составляет:

- фельдшерский здравпункт, ФАП, обслуживающий от 101 до 900 жителей, – 1442,9 тыс. рублей;
- фельдшерский здравпункт, ФАП, обслуживающий от 901 до 1500 жителей, – 2885,8 тыс. рублей;
- фельдшерский здравпункт, ФАП, обслуживающий от 1501 до 2000 жителей, – 3430,6 тыс. рублей.

Размер базового норматива финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации – фельдшерского здравпункта, ФАП иных типов (обслуживающих до 100 и более 2000 жителей) рассчитаны с применением коэффициентов и составляют:

- фельдшерский здравпункт, ФАП, обслуживающий менее 100 жителей, – 961,9 тыс. руб. (понижающий коэффициент, применяемый к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, ФАП, обслуживающего от 101 до 900 жителей – 0,66664);
- фельдшерский здравпункт, ФАП, обслуживающий более 2000 жителей, – 3920,7 тыс. руб. (повышающий коэффициент, применяемый к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, ФАП, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей – 1,14286).

Фельдшерские здравпункты, ФАП, в которых отсутствует лицензия на медицинскую деятельность или полностью отсутствует медицинский персонал, не финансируются.

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерского здравпункта, ФАП, включает в себя объем средств на оплату медицинской помощи в неотложной форме.

В фельдшерских здравпунктах, ФАП, обслуживающих женщин репродуктивного возраста (женщин в возрасте от 18 до 49 лет включительно), но при отсутствии в пунктах акушеров, отдельные полномочия по работе с такими женщинами возложены на фельдшера (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной

системы, аборт и инфекций, передаваемых половым путем).

При расчете размера финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, ФАП, рекомендуемые штатные нормативы которых не предусматривают должность «Акушерка», а также в фельдшерских здравпунктах, ФАП, не укомплектованных акушерками, размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, ФАП установлен с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитанного с учетом доли таких женщин в численности прикрепленного населения.

Прогнозная длительность одной консультации, связанной с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем, составляет 10 минут. Предполагаемое количество консультаций в год на одну женщину репродуктивного возраста составляет 1 – 2 консультации (для расчета повышающего коэффициента использовано число консультаций в год – 2).

Данный повышающий коэффициент (в разрезе фельдшерских здравпунктов, ФАП) учтен в составе коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом № 543н. Для фельдшерских здравпунктов, ФАП, не соответствующих требованиям, установленным Приказом № 543н, применяется коэффициент специфики оказания медицинской помощи к установленному базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских здравпунктов, ФАП – 0,6.

Значение коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом № 543н (в том числе с учетом расчетного объема средств на оплату консультаций, связанных с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем). Размер финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, ФАП установлен в приложении 26 настоящего Тарифного соглашения, дифференцирован по структурным подразделениям.

В случае, если у фельдшерских здравпунктов, ФАП в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н, или коэффициент специфики, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, ФАП изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, ФАП за предыдущие периоды с начала года.

Размер финансового обеспечения МО, в составе которой имеются фельдшерские здравпункты, ФАП, определяется исходя из подушевого норматива финансирования и количества лиц, прикрепленных к ней, а также расходов на фельдшерского здравпункта, ФАП, исходя из их количества в составе МО и размера их финансового обеспечения, установленного в приложении 26 настоящего Тарифного соглашения.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, ФАП.

3.3.9. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), оказываемые в амбулаторных условиях, по уровням оказания медицинской помощи, включая тарифы комплексного посещения по профилю «Медицинская реабилитация», диспансерного наблюдения, в том числе детей, проживающих в организациях социального обслуживания (домах–интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме; школ сахарного диабета установлены в соответствии с приложением 5 к настоящему Тарифному соглашению.

Оплата случаев диспансерного наблюдения (в том числе диспансерного наблюдения на рабочем месте работающих граждан, в том числе центрами здоровья) осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядком проведения диспансерного наблюдения, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья.

Тарифы комплексного посещения на оплату диспансерного наблюдения установлены дифференцированно в зависимости от профиля врача, проводящего диспансерное наблюдение, и применяются для мужчин и женщин всех групп возрастов.

Тарифы на проведение медицинской реабилитации на дому установлены с учетом расходов на проведение консультаций с применением телемедицинских технологий. Особенности оплаты медицинской реабилитации на дому с применением телемедицинских технологий осуществляются в соответствии с пунктом 2.13 Федеральной методики.

3.3.10. Оплата посещений школы сахарного диабета осуществляется за единицу объема медицинской помощи вне подушевого норматива финансирования за единицу объема – комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля. МО осуществляют отдельный учет таких случаев. Приложением 5 к настоящему Тарифному соглашению установлены тарифы комплексного посещения школ сахарного диабета в расчете на 1 пациента.

3.3.11. Тарифы комплексного посещения при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения (в том числе в рамках 2 этапа), тарифы на оплату комплексного посещения

диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также стоимость исследований и медицинских вмешательств, включенных в углубленную диспансеризацию, применяемые в т.ч. при межучрежденческих расчетах, установлены в соответствии с приложением 8 к настоящему Тарифному соглашению.

Для женщин и мужчин репродуктивного возраста поэтапно в зависимости от возрастных групп одновременно с прохождением профилактического осмотра или диспансеризации организуется проведение диспансеризации, направленной на оценку их репродуктивного здоровья (далее – диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин), включающей исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно приложению 32 к настоящему Тарифному соглашению. При невозможности проведения всех исследований в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, для проведения указанных исследований медицинским работником такой медицинской организации, осуществляется забор материала для исследования и его направление в установленном порядке в иную медицинскую организацию, в том числе федеральную медицинскую организацию. В случае отсутствия в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, врача акушера-гинеколога, врача-уролога (врача-хирурга, прошедшего подготовку по вопросам репродуктивного здоровья) данная медицинская организация привлекает к проведению диспансеризации соответствующих врачей иных медицинских организаций (в том числе на основе выездных форм их работы) с обязательным информированием гражданина о дате и времени работы этих врачей не менее за 3 рабочих дня до назначения даты приема (осмотра).

3.3.12. Тарифы комплексного посещения при проведении диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе проживающих в организациях социального обслуживания (домах-интернатах); детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в т.ч. усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, применяемые в т.ч. при межучрежденческих расчетах, установлены в соответствии с приложением 10 к настоящему Тарифному соглашению.

3.3.13. Тарифы комплексного посещения при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, применяемые в т.ч. при межучрежденческих расчетах, установлены в соответствии с приложением 11 к настоящему Тарифному соглашению.

3.3.14. Тарифы комплексного посещения при проведении профилактических медицинских осмотров взрослого населения, применяемые в т.ч. при межучрежденческих расчетах, установлены в соответствии с приложением 12 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы, установленные приложениями 8, 10, 11, 12 к настоящему Тарифному соглашению, дифференцированы в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни и использования для проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров мобильных

медицинских бригад. Размер повышающих коэффициентов указан в приложениях 8, 10, 11, 12.

Тарифы выходного дня применяются в случае проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации в течение одного выходного дня. При этом средний тариф на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров и на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации соответствует среднему нормативу финансовых затрат на 1 комплексное посещение, установленное Программой.

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования установлены с учетом в том числе расходов, связанных с использованием систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) (при проведении маммографии, рентгенографии или флюорографии грудной клетки, компьютерной томографии органов грудной клетки и компьютерной томографии головного мозга), в соответствии с порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.3.15. Граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), включая случаи заболеваний, когда отсутствует подтверждение перенесенной коронавирусной инфекции (COVID-19) методом ПЦР-диагностики, в течение года после заболевания вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно приложению 34 к настоящему Тарифному соглашению. Тарифы на углубленную диспансеризацию, установленные приложением 8 к настоящему Тарифному соглашению, соответствуют перечню медицинских услуг, установленных Территориальной программой ОМС в соответствии с Программой.

Порядок направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке, устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации.

МО, в том числе федеральные МО, имеющие прикрепленный контингент, в соответствии с порядком направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке, формируют перечень граждан, подлежащих углубленной диспансеризации, и направляют его в ТФОМС Рязанской области. ТФОМС Рязанской области доводит указанные перечни до СМО, в которых застрахованы граждане, подлежащие углубленной диспансеризации.

Информирование граждан о возможности пройти углубленную диспансеризацию осуществляется с привлечением страховых медицинских организаций с использованием федеральной государственной

информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)», сети радиотелефонной связи (смс-сообщения) и иных доступных средств связи.

Запись граждан на углубленную диспансеризацию осуществляется, в том числе с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)».

МО организуют прохождение в течение одного дня углубленной диспансеризации гражданином исходя из выполнения всех исследований и иных медицинских вмешательств первого этапа углубленной диспансеризации в соответствии с пунктом 1 приложения 34 к настоящему Тарифному соглашению.

По результатам углубленной диспансеризации в случае выявления хронических неинфекционных заболеваний, в том числе связанных с перенесенной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), гражданин в течение 3 рабочих дней в установленном порядке направляется на дополнительные обследования, ставится на диспансерное наблюдение. При наличии показаний ему оказываются соответствующее лечение и медицинская реабилитация в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также предоставляются лекарственные препараты в соответствии с законодательством Российской Федерации.

При необходимости для проведения медицинских исследований в рамках прохождения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной, могут привлекаться медицинские работники медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях.

3.3.16. Тарифы на проведение 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, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ в разрезе отдельных медицинских услуг, включая размер базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, установлены в соответствии с приложением 24 к настоящему Тарифному соглашению.

Тариф на патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью выявления онкологических заболеваний представляет собой стоимость одного случая прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала, под которым необходимо понимать исследование биопсийного (операционного) материала, полученного от пациента в рамках одного посещения (обращения, госпитализации) по поводу одного заболевания, включающее все этапы проведения прижизненного патолого-анатомического исследования, в том

числе проведенного в целях уточнения диагноза заболевания (состояния) (вне зависимости от количества стекол/фрагментов/иссеченных тканевых образцов).

3.3.17. Тарифы на оплату отдельных медицинских услуг и услуги диализа установлены приложением 6 к настоящему Тарифному соглашению.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа.

3.3.18. При оплате медицинских услуг при межучрежденческих, в том числе межтерриториальных расчетах, применяются тарифы, установленные приложением 7 к настоящему Тарифному соглашению. При оплате посещений, обращений (законченных случаев) в рамках межучрежденческих расчетов применяются тарифы, установленные приложением 5 к настоящему Тарифному соглашению для соответствующих уровней МО (уровень 1.1, уровень 2.1, уровень 3.1), которые имеют одинаковое значение для всех МО.

Межучрежденческие расчеты осуществляются с использованием модели организации оплаты – через СМО.

МО составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждую выполненную единицу объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай) с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. СМО осуществляют оплату услуг на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для МО–инициатора оказания медицинской помощи в другой медицинской организации, уменьшается на объем средств, перечисленных МО, в которой были фактически выполнены отдельные медицинские вмешательства, исследования, за выполнение отдельных медицинских вмешательств, исследований по направлениям, выданным данной МО.

3.3.19. Оплата стоматологической помощи производится по тарифам, утвержденным в приложении 5 настоящего Тарифного соглашения за единицу объема медицинской помощи – условную единицу трудоемкости (далее – УЕТ). При этом кратность УЕТ в одном посещении с профилактической целью – 4, в одном обращении в связи с заболеванием – 9,4.

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях представлено в приложении 13 к настоящему Тарифному соглашению.

3.3.20. Вне зависимости от применяемого способа оплаты устанавливаются единые тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, услуга диализа, посещение, обращение (законченный случай), комплексное посещение) в соответствующем уровне (подуровне) оказания медицинской помощи, применяемые в том числе при межучрежденческих (осуществляются СМО) и межтерриториальных

(осуществляются ТФОМС Рязанской области) расчетах. Установленные тарифы применяются в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной МО Рязанской области лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

3.3.21. При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

3.3.22. Тарифы на оплату консультирования медицинским психологом по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу ОМС: пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период, установлены в приложениях 5, 7 к настоящему Тарифному соглашению. Оплата осуществляется в рамках подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях.

3.4. Специализированная медицинская помощь, оказываемая в условиях круглосуточного стационара

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС в стационарных условиях в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, составляет 8776,30 руб. в год.

Установленный средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в стационарных условиях не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях застрахованным лицам за пределами Рязанской области.

3.4.2. Перечень КСГ в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением ВМП), в стационарных условиях в составе Программы установлен в соответствии с перечнем, приведенным в приложении 4 к Программе. Коэффициенты относительной затратоемкости КСГ, установленные в соответствии с приложением 4 к Программе, установлены в приложении 14 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.3. 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) едина для всех профилей медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС (в том числе для профиля «медицинская реабилитация»). Ее расчет осуществляется на основании объема средств, предназначенного для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в

стационарных условиях и оплачиваемой по КСГ, общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ, среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ для всех профилей медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, за исключением медицинской реабилитации.

Оплата случаев лечения по профилю «медицинская реабилитация» осуществляется с использованием базовой ставки, рассчитанной в соответствии с вышеописанным алгоритмом.

Размер базовой ставки в стационарных условиях составляет 33444,52 рубля.

3.4.4. При оплате КСГ в стационарных условиях применяются следующие коэффициенты:

1) коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, отражающий разницу в затратах МО на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований в МО разного уровня, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий, установлен в приложении 15 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень МО по уровням оказания медицинской помощи в стационарных условиях представлен в таблице 2 приложения 3 к настоящему Тарифному соглашению:

к первому уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа);

ко второму уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, центры, диспансеры;

к третьему уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

К отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющим высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающим (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в МО различных уровней, коэффициент уровня (подуровня) при оплате таких случаев госпитализации/лечения не применяется (принимается равным 1). Перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) МО, утвержден приложением 36 к настоящему Тарифному соглашению.

2) КСЛП, учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам, устанавливается к отдельным случаям оказания медицинской помощи. КСЛП установлен в приложении 17 к настоящему Тарифному соглашению. Применение КСЛП осуществляется на основании критериев, определенных Федеральной методикой. В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП.

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных приложением 17 к настоящему Тарифному соглашению, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

3) коэффициенты специфики оказания медицинской помощи установлены в таблице 1 приложения 20 к настоящему Тарифному соглашению и применяются в порядке, установленном Федеральной методикой. К КСГ, начинающихся с символов st19 (профиль «Онкология»), а также st08 (профиль «Детская онкология»), коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1).

Коэффициент специфики применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней (подуровней) МО. В случае выделения подгрупп в составе базовой КСГ коэффициент специфики учитывается при расчете коэффициентов относительной затратоемкости выделенных подгрупп. К подгруппам в составе КСГ коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1).

Перечень КСГ, к которым не применяются понижающие (повышающие) коэффициенты специфики представлен в приложении 31 к настоящему Тарифному соглашению.

4) в целях распределения и доведения до медицинских организаций иных межбюджетных трансфертов бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации и бюджету территориального фонда обязательного медицинского страхования г. Байконура на дополнительное финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, в рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в целях сохранения целевых показателей оплаты труда отдельных категорий медицинских работников, определенных Указом № 597, Комиссия вправе установить значения коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации в соответствии с Указом № 597, использование которых предусмотрено Требованиями, для отдельных медицинских организаций.

Значения коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации в

соответствии с Указом № 597 по состоянию на 01.01.2025 принимаются равными 1.

3.4.5. Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов и методов ВМП, установленными в Территориальной программе ОМС, в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления ВМП, оказываемой в рамках базовой программы ОМС, приведенными в Программе, установлены в приложении 16 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.6. Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов определяется в порядке, установленном Федеральной методикой.

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ установлена в таблице 1 приложения 29 к настоящему Тарифному соглашению.

Доля заработной платы в структуре стоимости ВМП установлена в приложении 30 к настоящему Тарифному соглашению.

При расчете тарифа на оплату медицинской помощи коэффициент уровня МО и коэффициент специфики оказания медицинской помощи применяется только к расходам на оплату медицинской помощи, соответствующим выделенной доле заработной платы и прочих расходов.

3.4.7. Расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ осуществляется на основе следующих экономических параметров:

1. Размер базовой ставки (БС);
2. Коэффициент относительной затратоемкости ($KZ_{КСГ}$);
3. Коэффициент дифференциации (КД);
4. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи ($KC_{КСГ}$);
5. Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации ($KУС_{МО}$);
6. Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП).

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

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times KZ_{КСГ} \times KC_{КСГ} \times KУС_{МО} + БС \times КД \times КСЛП.$$

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов ($Д_{ЗП}$), определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times KZ_{КСГ} \times ((1 - Д_{ЗП}) + Д_{ЗП} \times KC_{КСГ} \times KУС_{МО} \times КД) + БС \times КД \times КСЛП$$

Стоимость одного случая госпитализации по ВМП ($CC_{\text{ВМП}}$) (за исключением ВМП, в составе которых Программой установлены доли заработной платы) определяется по следующей формуле:

$$CC_{\text{ВМП}} = \Phi_{\text{ВМП}},$$

где:

$\Phi_{\text{ВМП}}$ – норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленный разделом I приложения 1 к Программе.

Стоимость одного случая госпитализации по ВМП, в составе которых Программой установлена доля заработной платы ($D_{\text{ЗП}}$), определяется по следующей формуле:

$$CC_{\text{ВМП}} = \Phi_{\text{ВМП}} \times ((1 - D_{\text{ЗП}}) + D_{\text{ЗП}} \times \text{КД})$$

Коэффициент дифференциации (КД) в соответствии с Постановлением № 462 для Рязанской области составляет 1.

3.4.8. Тариф на медицинские услуги при проведении заместительной почечной терапии (диализа) в условиях круглосуточного стационара установлен в приложении 6 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5. Медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара.

3.5.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС в условиях дневного стационара в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, составляет 1992,90 руб. в год.

Установленный средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара застрахованным лицам за пределами Рязанской области.

3.5.2. Перечень КСГ в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением ВМП) в условиях дневного стационара в составе Программы установлен в соответствии с перечнем, приведенным в приложении 4 к Программе. Коэффициенты относительной затратоемкости КСГ в соответствии с приложением 4 к Программе установлены в приложении 18 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.3. 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) едина для всех профилей медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС (в том числе для профиля «медицинская реабилитация»). Ее расчет осуществляется на основании объема средств, предназначенного для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ, общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ, среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ и объема средств, запланированного для КСЛП, для всех профилей медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, за исключением медицинской реабилитации.

Оплата случаев лечения по профилю «медицинская реабилитация» осуществляется с использованием базовой ставки, рассчитанной в соответствии с вышеописанным алгоритмом.

Размер базовой ставки в условиях дневного стационара составляет 18254,01 рубля.

3.5.4. При оплате КСГ в условиях дневного стационара применяются следующие коэффициенты:

1) коэффициент подуровня медицинской помощи согласно приложению 19 к настоящему Тарифному соглашению. Значение коэффициента подуровня действует по отношению ко всем КСГ, установленным для МО.

Перечень МО по уровням оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара представлен в таблице 3 приложения 3 к настоящему Тарифному соглашению:

к первому уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа);

ко второму уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, центры, диспансеры;

к третьему уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

Для структурных подразделений МО 2 уровня оказания медицинской помощи, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Онкология» (ГБУ РО «Шиловский межрайонный медицинский центр», ГБУ РО «Сасовский межрайонный медицинский центр», ГБУ РО «Скопинский межрайонный

медицинский центр», ГБУ РО «Касимовский межрайонный медицинский центр» ГБУ РО «Рязский межрайонный медицинский центр», ГБУ РО «Областная клиническая больница», ГБУ РО «Городская клиническая больница № 11») значение коэффициента подуровня установлен в размере не менее 1.

2) коэффициент специфики оказания медицинской помощи установлен в таблице 2 приложения 20 к настоящему Тарифному соглашению.

К КСГ, начинающихся с символов ds19 (профиль «Онкология»), а также ds08 (профиль «Детская онкология»), коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1).

Коэффициент специфики применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней (подуровней) МО.

3) КСЛП установлен в приложении 17 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.5. Тариф на медицинские услуги при проведении заместительной почечной терапии (диализа) в условиях дневного стационара установлен в приложении 6 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.6. Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов определяется в порядке, установленном Федеральной методикой.

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ установлена в таблице 2 приложения 29 к настоящему Тарифному соглашению.

При расчете тарифа на оплату медицинской помощи коэффициент уровня МО и коэффициент специфики оказания медицинской помощи применяется только к расходам на оплату медицинской помощи, соответствующим выделенной доле заработной платы и прочих расходов.

3.5.7. Расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ в условиях дневного стационара осуществляется аналогично расчету стоимости законченного случая лечения по КСГ в стационарных условиях, установленному пунктом 3.4.7 настоящего Тарифного соглашения.

3.5.8. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для оказания медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении представляет собой усредненную стоимость случая ЭКО с учетом проведения у части пациентов неполных циклов и проведения в отдельных случаях полного цикла с криоконсервацией эмбрионов и не эквивалентен стоимости КСГ ds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)» и составляет в размере 108 861,2 рубля.

3.6. Скорая медицинская помощь, оказываемая вне медицинской организации

3.6.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 1095,30 рубля в год.

Установленный средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Рязанской области.

3.6.2. Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования, применяемого при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, составляет в год – 1078,40 руб., в месяц – 89,87 руб.

3.6.3. Тариф на оплату вызова скорой медицинской помощи, в том числе на оплату вызова скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии, установлен в приложении 21 к настоящему Тарифному соглашению. Тариф на оплату вызова скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии дифференцирован в зависимости от применяемого лекарственного препарата.

3.6.4. При оплате скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, установлены сопоставимые дифференцированные подушевые нормативы финансирования, позволяющие обеспечивать принцип равных прав застрахованных граждан в рамках базовой программы ОМС.

Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования, значения всех коэффициентов, используемых при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования, а также численность прикрепленных лиц в разрезе медицинских организаций с указанием даты (периода) по состоянию на который представлена численность (среднемесячная численность прикрепленных к медицинской организации лиц за ноябрь 2024 года) установлены в таблице 2 приложения 4 к настоящему Тарифному соглашению.

При расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, применяются следующие коэффициенты дифференциации для МО:

– коэффициенты половозрастного состава ($K_{ДПВ}$) в целом по субъекту составляют:

Половозрастные группы	Коэффициенты половозрастного состава	
	для мужчин	для женщин
До года мужчины/женщины	2,348	2,028
1 – 4 года мужчины/женщины	1,485	1,333
5 – 17 лет мужчины/женщины	0,492	0,472
18 – 54 года женщины		0,596
18 – 59 лет мужчины	0,613	
55 лет и старше женщины		1,864
60 лет и старше мужчины	1,590	

Коэффициенты половозрастного состава для каждой МО ($K_{ДПВ}$) установлены в таблице 2 приложения 4 к настоящему Тарифному соглашению;

– коэффициент уровня расходов МО (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер МО) ($K_{Дур}$) – не используется, принимается равным 1;

– коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Рязанской области ($K_{Дзп}$), – не используется, принимается равным 1;

– коэффициент дифференциации в соответствии с Постановлением № 462 для Рязанской области составляет 1.

В целях сохранения сбалансированности Территориальной программы ОМС значения $K_{ДПВ}$, $K_{Дур}$ и $K_{Дзп}$ для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, рассчитано с учетом недопущения влияния применения указанных коэффициентов на общий объем средств, распределяемый между медицинскими организациями по подушевому нормативу финансирования (среднее взвешенное значение каждого из указанных коэффициентов с учетом численности прикрепленного к соответствующим медицинским организациям населения составляет 1).

Федеральные медицинские организации, негосударственные медицинские организации, для которых $K_{Дур}$ и $K_{Дзп}$ принимается равными

1, не оказывают скорую медицинскую помощь вне медицинской организации на территории Рязанской области.

КД_{ур} и КД_{зп} установлен в размере не менее 1 – для центральных районных, районных (в том числе межрайонных) и участковых больниц, обслуживающих взрослое население в соответствии с таблицей 2 приложения 4 к настоящему Тарифному соглашению.

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

3.6.6. Установленные в настоящем Тарифном соглашении тарифы на оплату отдельных случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации за единицу объема медицинской помощи – за вызов скорой медицинской помощи (используется для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной МО Рязанской области лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, а также оказанной в отдельных МО, не имеющих прикрепившихся лиц) (в дополнение к подушевому нормативу финансирования) являются едиными для всех МО, оказывающих скорую медицинскую помощь, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС.

Раздел 4. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, И РАЗМЕРА ШТРАФА ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

4.1. Обязательства МО, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, неисполнение которых влечет возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, а также уплаты МО штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, а также санкции за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, определены приказом Минздрава России от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения», представлены в приложении 22 к настоящему Тарифному соглашению.

4.2. Порядок расчета и применения санкций к МО по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы,

экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате (уменьшения оплаты) медицинской помощи установлен Правилами ОМС.

4.3. 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 представлены в приложении 33 к настоящему Тарифному соглашению.

Раздел 5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2025 года, действует по 31 декабря 2025 года. Настоящее Тарифное соглашение распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года.

5.2. В Тарифное соглашение вносятся изменения:

а) при внесении изменений в реестр МО, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Рязанской области, в части включения (исключения) МО;

б) при внесении изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями;

в) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;

г) при внесении изменений в Требования, приводящих к изменению структуры и содержания тарифного соглашения;

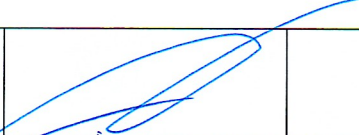
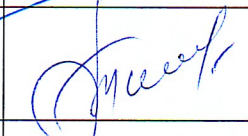
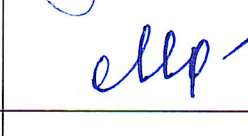

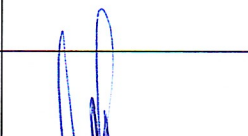
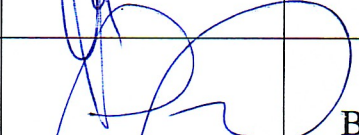
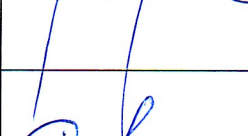
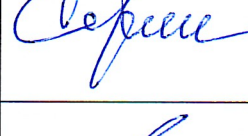
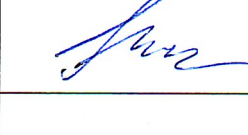
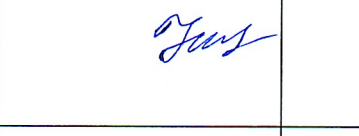
д) при внесении изменений в Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи);

е) при принятии нормативных актов Российской Федерации, Рязанской области, приводящих к необходимости внесения изменений в Тарифное соглашение, в том числе изменения тарифов на оплату медицинской помощи.

5.3. Внесение изменений в Тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к Тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью. Дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами, за исключением положений, для которых дополнительным соглашением установлены иные сроки вступления их в силу.

5.4. В случае возникновения споров между Сторонами по настоящему Тарифному соглашению Стороны принимают все меры по их разрешению путем переговоров. Все неурегулированные Сторонами споры в рамках выполнения настоящего Тарифного соглашения разрешаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

5.5. Положения Тарифного соглашения распространяются на всех участников ОМС, реализующих Территориальную программу ОМС в Рязанской области.

Министр здравоохранения Рязанской области		А.С. Пшенников
Первый заместитель министра здравоохранения Рязанской области		Н.С. Тимошенко
Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области		Е.В. Манухина
Заместитель директора по экономическим вопросам Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области		Н.Н. Клишина
Директор Рязанского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»		Л.Ф. Филькина
Директор Административного структурного подразделения ООО «Капитал Медицинское Страхование» – Филиал в Рязанской области		В.В. Юдин-Беседин
Председатель Общественной организации «Ассоциация организаторов здравоохранения Рязанской области»		Л.Ю. Сорокина
Председатель Рязанской областной общественной организации «Ассоциация врачей терапевтов»		С.С. Якушин
Председатель Рязанской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации		Н.С. Шамбазова
Заместитель председателя Рязанской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации		Л.Е. Караушева