

Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в Астраханской области на 2024 год

г. Астрахань

«31» января 2024 года

1. Общие положения

1.1. Основания заключения Тарифного соглашения.

Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Астраханской области на 2024 год (далее - Тарифное соглашение) разработано в целях предоставления гражданам в Астраханской области равных условий в получении бесплатной медицинской помощи и обеспечения финансовой устойчивости сферы обязательного медицинского страхования Астраханской области в соответствии с:

- Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- Федеральным законом от 29.11.2010 №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 № 2353 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов" (далее - Программа);
- 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";
- Постановлением Правительства Астраханской области от 29.12.2023 №862-П «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Астраханской области на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» (далее - ТП ОМС);
- Законом Астраханской области от 11.12.2023 №109/2023-ОЗ "О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Астраханской области на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов".
- письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023-2025 годы» (далее – письмо о формировании и экономическом обосновании ТПТГ);

- методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования) (далее - Методические рекомендации);

- и иными нормативными правовыми актами.

1.2. Участники соглашения

1. Министерство здравоохранения Астраханской области в лице министра здравоохранения Астраханской области - председателя А.В. Буркина заседания -

2. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Астраханской области в лице директора - С.К. Нахушева

3. Астраханский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» в лице директора, действующего на основании Положения об Астраханском филиале ОАО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» и доверенности от 01.01.2023 №Д-4/2023 Т.Ю. Шабалиной - секретаря заседания

4. Региональная общественная организация «Врачебная палата Астраханской области» в лице председателя - В.В. Думченко

5. Астраханская областная организация профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации, в лице председателя - Е.В. Свекольниковой

1.3. Предмет соглашения

Предметом Тарифного соглашения является установление размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи и условий оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования Астраханской области на 2024 год.

1.4. Основные понятия и термины

Медицинская организация (далее – МО) - организация любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы; осуществляющая в качестве основного (уставного) вида

деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности и включенная в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

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

Диагностическое исследование – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий.

1.4.1. При оплате медицинской помощи в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара

Случай госпитализации в круглосуточный стационар (**случай лечения** в дневном стационаре) – случай диагностики и лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования. При этом расходы на оказание медицинской помощи в рамках случая госпитализации (случая лечения в дневном стационаре) с использованием телемедицинских (дистанционных) технологий – включены в стоимость КСГ;

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

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

Базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС;

Коэффициент относительной затратоемкости – устанавливаемый Программой коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

Коэффициент дифференциации – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для субъекта Российской Федерации и/или отдельных территорий субъекта Российской Федерации (используемый в расчетах в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации);

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

Коэффициент специфики – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ;

Коэффициент уровня медицинской организации – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

Коэффициент подуровня медицинской организации – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций одного уровня, обусловленных объективными причинами;

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

Подгруппа в составе КСГ – группа заболеваний, выделенная в составе КСГ с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых на территориальном уровне, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по КСГ, с учетом правил выделения и применения подгрупп, установленных Методическими рекомендациями.

1.4.2. При оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях

Подушевой норматив финансирования - определяется на территориальном уровне, отражает размер средств направляемых на оплату в расчете на одно застрахованное (прикрепленное) лицо, с учетом других параметров, предусмотренных Тарифным соглашением. Объем средств,

направляемых в МО по подушевому принципу на оплату первичной медико-санитарной помощи, формируется с учетом видов, условий и форм ее оказания, обозначенных Приложением №1 Тарифного соглашения и включает расходы, утвержденные частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

Единицы объема медицинской помощи:

посещение - это взаимодействие пациента с врачом (кроме врачей параклинических специальностей), средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием, в амбулаторно-поликлинической организации (подразделении), а также на дому, включающий комплекс необходимых профилактических, лечебно-диагностических услуг, с отражением в медицинской карте амбулаторного больного результатов всех этапов взаимодействия (опрос, осмотр, постановка диагноза, назначение лечения, динамическое наблюдение, заключения проведенных исследований и консультаций и другие сведения, связанные с оказанием медицинской помощи пациенту);

посещение с консультативной целью - это прием (осмотр) пациента врачом, ведущим амбулаторный прием в МО, включенной в перечень МО, осуществляющих консультативный прием, по направлению лечащего врача амбулаторно-поликлинического учреждения, где пациент находится на медицинском обслуживании для получения первичной медико-санитарной помощи, с целью уточнения (установления) диагноза и определения дальнейшей тактики лечения, в плановом порядке. Вышеуказанный перечень МО устанавливается распоряжением министерства здравоохранения Астраханской области. Объемы данного вида посещений распределяются Комиссией. Условия и порядок проведения консультативного приема установлены Программой.

посещение с консультативно-диагностической целью – вид посещения с консультативной целью в МО, включенной в перечень МО, осуществляющих консультативный прием, по направлению лечащего врача амбулаторно-поликлинического учреждения, где пациент находится на медицинском обслуживании, для получения первичной медико-санитарной помощи, в плановом порядке с целью постановки диагноза и определения дальнейшей тактики лечения. Вышеуказанный перечень МО и объем медицинских вмешательств устанавливаются распоряжением министерства здравоохранения Астраханской области. Объемы данного вида посещений распределяются Комиссией. Условия и порядок проведения консультативного приема установлены Программой;

комплексное посещение с целью профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин - вид посещения, включающий исследования и иные медицинские вмешательства, согласно перечню исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

комплексное посещение с целью проведения диспансерного наблюдения – вид посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, с кратностью посещений и объемом медицинских исследований, проводимых в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

комплексное посещение школы сахарного диабета – посещение с профилактической целью при оказании медицинской помощи пациенту в составе группы в среднем из 10 человек, включающее 5 занятий для взрослых пациентов (10 – для детей) в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля;

Посещение с применением телемедицинских технологий в МО, включенной в перечень МО, осуществляющих консультативный прием, установленный распоряжением министерства здравоохранения Астраханской области – дистанционное взаимодействие врача (консилиума врачей) и пациента и (или) его законного представителя по направлению лечащего врача, или врача (консилиума врачей) и медицинского работника (лечащего врача, либо фельдшера, акушера, на которого возложены функции лечащего врача в порядке, установленном законодательством в сфере охраны здоровья) с консультативной целью, при оказании медицинской помощи пациенту в амбулаторных условиях в МО, где пациент находится на обслуживании, с формированием медицинского заключения по результатам консультации или протокола консилиума врачей в соответствии с порядком, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации. Объемы устанавливаются Комиссией для МО - консультантов в целях осуществления межучрежденческих расчетов через страховые медицинские организации;

обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания (травмы или иного состояния) в амбулаторных условиях у врача одной специальности, фельдшера (акушерки) при кратности не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичного и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические мероприятия (в том числе с использованием телемедицинских (дистанционных) технологий), в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. При этом расходы на оказание медицинской помощи в рамках обращения с использованием телемедицинских (дистанционных) технологий в МО, имеющих подушевое финансирование, включены в подушевой норматив финансирования указанной МО на прикрепившихся лиц, а в МО, не имеющих подушевого финансирования – включены в стоимость законченного случая. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона амбулаторного пациента только при последнем посещении пациентом по данному поводу.

обращение по поводу заболевания, с консультативной целью – это законченный случай оказания медицинской помощи по направлению лечащего врача в амбулаторных условиях в МО, включенной в перечень МО, осуществляющих консультативный прием, с кратностью носещений по поводу

одного заболевания не менее 2, когда цель обращения достигнута. Вышеуказанный перечень МО устанавливается распоряжением министерства здравоохранения Астраханской области. Объемы оказания данного вида обращений распределяются Комиссией. Условия и порядок проведения консультативного приема установлены Программой;

Обращение с консультативно-диагностической целью (в том числе с использованием телемедицинских (дистанционных) технологий) - законченный случай оказания медицинской помощи по направлению лечащего врача с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2, в МО, включенной в перечень МО, осуществляющих консультативный прием. Вышеуказанный перечень МО и объем медицинских вмешательств устанавливается распоряжением министерства здравоохранения Астраханской области. Объемы оказания данного вида обращений распределяются Комиссией.

отдельные диагностические (лабораторные) исследования - перечень диагностических исследований, установленный Программой, а именно: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования, патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID 19), которые назначаются врачом, оказывающим первичную медико — санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний. Порядок направления на исследования устанавливается нормативным актом министерства здравоохранения Астраханской области;

комплексное посещение по «медицинской реабилитации» в амбулаторных условиях - законченный случай лечения по направлению врача-терапевта (врача-терапевта участкового), врача общей практики (семейного врача), врача-специалиста, либо лечащего врача медицинской организации, осуществляющей медицинскую реабилитацию на первом и (или) втором этапах, включающее набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации.

При оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях на территориальном уровне устанавливаются тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, услуга диализа, посещение, обращение (законченный случай), комплексные посещения), применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной МО Астраханской области лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

В стоматологии для планирования и учета оказываемых услуг, отчетности деятельности специалистов, оплаты их труда и оплаты медицинской помощи за единицу объема (посещение, обращение по поводу заболевания) используются условные единицы трудоемкости.

1.4.3. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

Подушевой норматив финансирования - определяется на территориальном уровне, отражает размер средств направляемых на оплату в расчете на одно застрахованное лицо (прикрепленное на территории обслуживания скорой медицинской помощи), с учетом других параметров, предусмотренных настоящим Тарифным соглашением и включает расходы, утвержденные частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

Вызов скорой медицинской помощи - учитывает оказание скорой медицинской помощи вне МО, в том числе с применением тромболизиса.

1.4.4. При оплате медицинской помощи в МО, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, в том числе в неотложной форме, стационарных условиях и в условиях дневного стационара

Подушевой норматив финансирования - определяется на территориальном уровне, отражает размер средств направляемых на оплату в расчете на одно застрахованное (прикрепленное) лицо, с учетом других параметров, предусмотренных Тарифным соглашением, охватывает оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой МО медицинской помощи, применяется в целях оптимизации оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, являющимися самостоятельными юридическими лицами, расположенными в сельской местности и включает расходы, утвержденные частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Объем средств, направляемых в МО по подушевому принципу в составе указанного способа на оплату первичной медико-санитарной помощи, формируется с учетом видов, условий и форм ее оказания, обозначенных Приложением № 1 Тарифным соглашением.

1.4.5. При оплате медицинской помощи МО, по подушевому принципу применяются

1) коэффициент дифференциации на прикрепившихся к МО 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 (обслуживающих до 20 тыс. человек не менее 1,113, свыше 20 тыс. человек не менее 1,04);

2) коэффициент половозрастного состава (половозрастные группы: ноль - один год мужчины/женщины; один год - четыре года мужчины/женщины; пять

лет - семнадцать лет мужчины/женщины; восемнадцать лет – шестьдесят четыре года мужчины/женщины; шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины (для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше не менее 1,6);

3) коэффициент уровня расходов МО (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации);

4) коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в Астраханской области.

1.4.6. Финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФЗ и ФАП)

Определяется исходя из нормативов, утвержденных ТП ОМС и количества ФЗ и ФАП при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным МЗ РФ. Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения ФЗ и ФАП.

2. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Астраханской области

В соответствии с ТП ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

2.1. при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (АПП):

2.1.1. по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и 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), на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), 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, 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.

Сумма средств подушевого финансирования ($\Sigma_{\text{пнф}}$) МО включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, оказываемой в АП (за исключением средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Астраханской области), с учетом перечня расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, установленного Приложением №1 настоящего Тарифного соглашения, в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, и рассчитывается на месяц по формуле, установленной Приложением №41 настоящего Тарифного соглашения;

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

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

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

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

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

Проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов), осуществляется в случае:

- наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая вирус гриппа;

- наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп, в том числе для оценки результатов проводимого лечения;

- положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп, полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации).

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, диспансерного наблюдения, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

Медицинская реабилитация в амбулаторных условиях оплачивается вне подушевого норматива финансирования за комплексное посещение, законченный случай включает 10-12 посещений для проведения необходимых консультаций специалистов и методов реабилитации, определенных индивидуальной программой реабилитации.

Посещение школы сахарного диабета оплачивается вне подушевого норматива финансирования за комплексное посещение, законченный случай включает 5 занятий для взрослых пациентов (10 – для детей) и проверку дневников самоконтроля (оплата производится из расчета количества пациентов в группе, но не более, чем за 10 человек),

2.1.3. по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими здравпунктами, фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывая критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным МЗ РФ.

Данные способы оплаты детализированы следующими приложениями:

Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических условиях (Приложение №1) «Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических учреждениях (амбулаторно-поликлинических подразделениях) в соответствии с утвержденными Тарифным соглашением способами»;

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях, с указанием способа оплаты и уровня оказания медицинской помощи (Приложение № 2);

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Стоматология» (Приложением № 3);

Распределение заболеваний по профилю «Стоматология» (Приложение №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 (Приложение № 5);

Согласно Приложению 1 «Перечень видов, форм и условий предоставления медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно, сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме» к ТП ОМС, необходимым условием предоставления первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме в медицинской организации, к которой застрахованный по ОМС гражданин не прикреплен на медицинское обслуживание, является направление лечащего врача, оформленное должным образом. Исключение составляют:

случаи оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилям: «стоматология» и «акушерство и гинекология»;

случаи оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилям «терапия», «педиатрия», «средний медперсонал, ведущий самостоятельный прием» при оказании первичной медико-санитарной помощи в здравпунктах (медпунктах) дошкольных, школьных и др. образовательных учреждений, являющихся структурными подразделениями МО, в соответствии с нормативными актами органа управления здравоохранением;

случаи проведения обследования беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних в соответствии со схемой, утвержденной приложением №1 приказа Министерства здравоохранения РФ от 14.07.2003 №307 «О повышении качества оказания лечебно-профилактической помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним», при помещении их в учреждения социального обслуживания (государственные специализированные учреждения для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации) МО, определенными министерством здравоохранения Астраханской области.

Посещения (два и более) пациентом в течение одного дня врача одной специальности учитываются и оплачиваются как одно посещение, за исключением посещений:

- врачей кабинетов специализированных приемов по специальностям «акушерство-гинекология» и «онкология»;

- случаев оказания медицинской помощи по специальности «стоматология», при условии, что медицинскую помощь оказывают врачи-стоматологи разной специализации (стоматолог-терапевт, стоматолог-хирург, стоматолог-пародонтолог и т.д.);

- посещений врачей-педиатров, терапевтов здравпунктов (медпунктов) дошкольных, школьных и др. образовательных учреждений, являющихся структурными подразделениями МО и участкового врача-педиатра, врача-терапевта МО, при выявлении у пациента заболевания;

- посещений среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием, в случае посещения пациентом в один день кабинета доврачебного осмотра и смотрового кабинета амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения);

- оказание неотложной медицинской помощи врачом кабинета неотложной медицинской помощи с последующим посещением врача той же специальности другого структурного подразделения медицинской организации.

- случаев оказания медицинской помощи врачом-эндокринологом и врачом - эндокринологом кабинета «Диабетическая стопа», школы «Сахарного диабета».

В случае необходимости консультации других специалистов с целью уточнения основного диагноза, посещения данных специалистов представляются к оплате, как разовые посещения по поводу заболевания. При этом даты посещений могут совпадать с датами обращения по основному заболеванию.

К посещениям, подлежащим оплате по тарифу за профилактические посещения, относятся:

- посещения специалистов в центрах здоровья (комплексный медицинский осмотр, динамическое наблюдение);

- посещения с целью патронажа;

- посещения беременных при нормальной беременности; женщин, обратившихся за направлением на медицинский аборт; по поводу аборт, проводимых в амбулаторных условиях; по поводу применения противозачаточных средств; после абортов, проведенных в стационаре;

- посещения, профилактические медицинские осмотры, в связи с занятиями физической культурой и спортом (несовершеннолетние);

- посещения врача травматолога (хирурга) в связи с необходимостью осмотра перед повторным введением вакцины в рамках проведения курса вакцинации против бешенства;

- другие медицинские осмотры, осуществляемые в соответствии с нормативными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

При оказании гарантируемой стоматологической помощи населению по Программе учитываются как посещения с профилактическими и иными целями, так и обращения по поводу заболевания. При этом учитывается кратность условных единиц трудоемкости (далее - УЕТ) в одном посещении с профилактической и иными целями, в одном обращении по поводу заболевания (законченный случай лечения).

При оказании стоматологической помощи необходимо соблюдать принцип максимальной санации полости рта за одно посещение (лечение 2-х-3-х зубов).

Посещения (два и более) пациента в течение одного периода к врачу одной специальности, учитываются и оплачиваются как одно обращение, за исключением обращений:

- врачей кабинетов специализированных приемов по специальностям «акушерство-гинекология» и «онкология»;
- случаев оказания медицинской помощи по специальности «стоматология», при условии, что медицинскую помощь оказывают врачи-стоматологи разной специализации (стоматолог - терапевт, стоматолог - хирург, стоматолог - пародонтолог и т.д.);

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну процедуру гемодиализа и один день перитонеального диализа. В целях учета объемов медицинской помощи лечение пациента (услуги диализа) в течение одного месяца учитывается как одно обращение.

Жидкостное цитологическое исследование микропрепарата шейки матки, а также молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека назначается акушером-гинекологом в рамках обращения по поводу заболевания. Порядок направления на исследования устанавливается нормативным актом министерства здравоохранения Астраханской области.

2.1.4. В случаях, если в рамках законченного случая лечения заболевания были разовые посещения пациента к врачам других специальностей, в том числе выполненные в соответствии со стандартами/протоколами/клиническими рекомендациями, указанные посещения формируются в реестрах счетов и оплачиваются по стоимости посещений с профилактическими и иными целями соответствующих врачебных специальностей при обязательном оформлении отдельных Талонов амбулаторного пациента на каждое посещение.

В количество посещений, включенных в обращение по поводу заболевания, в том числе при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи при стоматологических заболеваниях, не входят посещения в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме.

Обращение с консультативно-диагностической целью по соответствующему врачебному профилю применяется однократно в текущем месяце и выгружается в реестрах счетов с указанием медицинских услуг в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее - Номенклатура).

В случае если в МО, которой установлены планом посещения и обращения с консультативно-диагностическими целями, отсутствует возможность проведения того или иного осмотра или исследования, в рамках данного вида обращения, данные осмотры или исследования проводятся в других МО, имеющих возможность проведения требуемых работ (услуг), в соответствии с договорами, заключаемыми между этими МО.

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, в том числе в референс-центрах, 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.

Если в рамках законченного случая лечения заболевания в амбулаторных условиях в МО, имеющей прикрепленное население, были применены телемедицинские (дистанционные) технологии, расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий включаются в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи. Взаиморасчет между МО, где пациент получает лечение, и МО – консультантом осуществляется посредством межучрежденческих расчетов с участием страховой медицинской организации.

В случае, если финансирование МО осуществляется вне подушевого норматива финансирования, расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в рамках законченного случая лечения заболевания в амбулаторных условиях включены в стоимость случая. При этом, взаиморасчет между МО, где пациент получает лечение, и МО – консультантом осуществляется посредством межучрежденческих расчетов в рамках договоров о возмездном оказании медицинских услуг между медицинскими организациями без участия страховой медицинской организации.

2.1.5. К посещениям в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме относятся виды посещений при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента, с проведением лечебных-диагностических мероприятий, необходимых, в том числе, для купирования остро возникших состояний.

Оказание медицинской помощи в неотложной форме лицам, обратившимся с признаками неотложных состояний, осуществляется в амбулаторных условиях поликлиник в кабинете неотложной помощи или на дому при вызове медицинского работника, а также в поликлинических подразделениях многопрофильных больниц при необходимости наблюдения за состоянием пациента в течение 2-х или 6-ти часов в процессе оказания неотложной помощи на основании клинических рекомендаций с учетом стандартов оказания медицинской помощи с целью решения вопроса о необходимости госпитализации или возможности дальнейшего оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях.

Учет посещений в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме осуществляется на основе учетной формы № 025-10/уТ-17 «Талон амбулаторного пациента»¹ (далее – ТАП).

Первое посещение пациента врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (средним медицинским работником, в том числе фельдшерско-акушерского пункта) в связи оказанием медицинской помощи по поводу внезапного острого заболевания, состояния, обострения хронического заболевания с проведением неотложных лечебно-диагностических мероприятий на дому, а также в кабинете неотложной помощи и травмпункте (за исключением активных и патронажных посещений на дому) в рамках законченного случая лечения одного и того же заболевания при оказании медицинской помощи пациенту в условиях АПП следует относить к посещениям в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме.

Посещение на дому при оказании медицинской помощи пациенту врачами других специальностей (при отсутствии медицинских вмешательств для снятия неотложного состояния) следует оплачивать по тарифу посещения с профилактическими и иными целями по соответствующей специальности, обращению по поводу заболевания и оплачивать по тарифу обращения по поводу заболевания по соответствующей специальности.

К посещениям в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме при стоматологических заболеваниях относятся виды посещений с острой болью во всех медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь при стоматологических заболеваниях, а также неотложная стоматологическая помощь, оказанная в передвижных стоматологических кабинетах и на дому (в случае, если у пациента с ограниченными возможностями к передвижению, обусловленных соматическим заболеванием или инвалидностью, возникает острая боль или состояние, обусловленное стоматологическим заболеванием и требующее срочного медицинского вмешательства).

Вид посещения «Первичное посещение к врачу-хирургу, врачу-травматологу (травматологические, хирургические пункты/кабинеты поликлиник), в связи с травмами, полученными от любых животных, а также в процессе работы с биологическим материалом, инфицированным вирусом бешенства и с целью профилактики бешенства» квалифицируется как посещение в неотложной форме.

Вид посещения «Повторное посещение с целью профилактики бешенства к врачу-хирургу, врачу-травматологу (травматологические, хирургические пункты/кабинеты поликлиник)» квалифицируется как посещение с профилактическими и иными целями.

Вид посещения «Посещение в круглосуточный пункт экстренной медицинской помощи» квалифицируется, как посещение в неотложной форме. Посещение включает осмотр пациента, проведение врачебных и/или сестринских медицинских вмешательств, а также проведение диагностических

¹ С обязательным указанием цели первичного обращения «оказание неотложной помощи».

исследований и лечебных мероприятий. Расходы на оказанные пациенту медицинские услуги входят в тариф указанного посещения и дополнительно не оплачиваются. В персонифицированных реестрах счетов оказанные пациенту медицинские услуги указываются справочно.

В случае, если оказание медицинской помощи в неотложной форме пациенту в условиях поликлинического подразделения многопрофильной больницы завершается госпитализацией в профильное отделение, оплата оказанной медицинской помощи осуществляется в рамках КСГ.

Посещения в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме не могут быть включены в состав посещений случаев поликлинического обслуживания по поводу заболевания и должны быть оформлены в виде отдельного ТАПа.

При оказании стоматологической помощи в неотложной форме в Листке ежедневного учета работы врача-стоматолога посещение отражается отдельной строкой с целью посещения «оказание неотложной помощи».

При проведении позитронно-эмиссионной компьютерной томография (далее - ПЭТ-КТ) допускается пересечение услуг с оказанием медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров пациентам с онкологическими и онкогематологическими заболеваниями, при необходимости решения вопросов об эффективности проводимого химиотерапевтического лечения.

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

2.2.1. 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;

2.2.2. за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, 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 Тарифном соглашении, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

2.2.3. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее представлен в Приложении № 37;

Данные способы оплаты детализированы следующими приложениями:

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара с распределением по уровням оказания медицинской помощи (Приложение № 6);

Распределение структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, по уровням (подуровням) оказания медицинской помощи Приложением №7;

Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе по КСГ согласно Приложению №36;

Под понятием «законченный случай лечения заболевания» следует понимать случай госпитализации пациента в условиях круглосуточного стационара, завершившиеся достижением установленных критериев объема и качества лечения и выпиской пациента с исходом заболевания (ожидаемым медицинским результатом), в соответствии с порядками, стандартами оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями.

Формирование КСГ осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями.

При формировании реестров счетов за оказанную медицинскую помощь, следует учитывать установленные для МО Комиссией объемы предоставления медицинской помощи гражданам, застрахованным на территории Астраханской области, в условиях круглосуточного стационара в разрезе профилей коек и стоимость соответствующей КСГ.

При оказании в условиях круглосуточного стационара высокотехнологичной медицинской помощи, оплата медицинской помощи осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи (случай госпитализации) в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных Комиссией для МО;

2.3. при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

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

2.3.2. за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, 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 приложением к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

2.3.3. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее представлен в Приложении № 37.

Данные способы оплаты детализированы следующими приложениями:

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, с указанием типа дневного стационара, уровня оказания медицинской помощи и способов оплаты медицинской помощи установлен Приложением № 8;

Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе по КСГ согласно Приложению №36;

Под понятием «законченный случай лечения заболевания» следует понимать случаи лечения пациентов в дневных стационарах всех типов, завершившиеся достижением установленных критериев объема и качества лечения и выпиской пациента с исходом заболевания (ожидаемым медицинским результатом), в соответствии с порядками, стандартами оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями.

Формирование КСГ осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями.

При формировании реестров счетов за оказанную медицинскую помощь, следует учитывать установленные для МО Комиссией объемы предоставления медицинской помощи гражданам, застрахованным на территории Астраханской области, в условиях дневных стационаров по типам дневных стационаров (стационар дневного пребывания при стационаре, дневной стационар при

амбулаторно-поликлиническом учреждении, дневной стационар на дому) в разрезе профилей коек, а также стоимость соответствующей КСГ.

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

2.4.1. по подушевому нормативу финансирования;

2.4.2. за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Астраханской области, на территории которой выдан полис ОМС, а также оказанной в отдельных МО, не имеющих прикрепившихся лиц, (которым Комиссией установлены соответствующие объемы оказания медицинской помощи);

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих скорую медицинскую помощь лицам вне медицинской организации, с указанием уровня оказания медицинской помощи и способа оплаты медицинской помощи установлен Приложением № 9;

Сумма средств подушевого финансирования ($\Sigma_{пнф}$) МО включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках ТП ОМС, в том числе скорую (специализированную) медицинскую помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах (за исключением средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Астраханской области). Рассчитывается на месяц по формуле, установленной Приложением №41 настоящего Тарифного соглашения.

2.5. при оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию (АПП, в том числе НМП, КС, ДС):

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе показателей объема медицинской помощи (включая показатели объема медицинской помощи) (далее - по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи). При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного)

материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также расходы на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, и расходы на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов.

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.

Данный способ оплаты детализирован следующими приложениями:

Перечень медицинских организаций с указанием способа оплаты и уровня оказания медицинской помощи (Приложение №10);

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях, с указанием способа оплаты и уровня оказания медицинской помощи (Приложение № 2);

Сумма средств подушевого финансирования ($\Sigma_{\text{пнф}}$) МО включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках ТП ОМС, оказываемую в АПП, в том числе в неотложной форме, с учетом порядка оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических учреждениях (амбулаторно-поликлинических подразделениях) (Приложение № 1), а также оказываемую в круглосуточных условиях и условиях дневного стационара в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – случай госпитализации (за исключением средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Астраханской области), рассчитывается на месяц по формуле, установленной Приложением №41 настоящего Тарифного соглашения.

2.6 при условии соответствия ФЗ и ФАП требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным МЗ РФ, финансирование МО, имеющих в своем составе ФЗ и ФАП осуществляется СМО в размере 1/12 от размера финансового обеспечения, с учетом доли застрахованного СМО населения в разрезе МО и рассчитывается на месяц по формуле, установленной Приложением №41 настоящего Тарифного соглашения.

При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях МО, отражаются все единицы объема с указанием размера установленных тарифов, в том числе отдельно по ФЗ и ФАП с выделением ФЗ и ФАП в реестрах счетов, что также является обязательным условием для финансирования ФЗ и ФАП. МО уведомляют Комиссию об изменениях численности обслуживаемого населения, а также факте соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н.

В случае если у ФЗ и ФАП в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение ФЗ и ФАП за предыдущие периоды с начала года, и рассчитывается по формуле, утвержденной Приложением № 41, с внесением изменений в действующее Тарифное соглашение.

2.7. При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, вне зависимости от применяемого способа оплаты отражаются все единицы объема оказанной медицинской помощи по установленным тарифам.

В соответствии с пунктом 6 статьи 39 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования.

2.8. Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, проведенных в выходные дни, осуществляется по тарифам с коэффициентом в размере 1,07. Коэффициент применяются только в том случае, если дата начала и завершения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, в том числе углубленной и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин - один день (выходной). Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, оказанной мобильными медицинскими бригадами с применением мобильных медицинских комплексов, осуществляется по тарифам с коэффициентом в размере 1,20. Коэффициент применяются только в том случае, если дата начала и завершения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, в том числе углубленной и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин - один день.

2.9. Оплата медицинской помощи (медицинских услуг), оказываемой в ГБУЗ АО «Лиманская РБ» за единицу объема, производится с учетом коэффициента дифференциации по территории оказания медицинской помощи (Км) в размере 1,04 в связи с дополнительными выплатами работникам МО, занятым на работах в пустынных и безводных местностях, находящихся на части территории муниципального образования «Лиманский район».

2.10. Порядок расчета стоимости страхового случая определен в соответствии с Приложением № 41.

2.11. Межучрежденческие расчеты, в том числе, за счет включения расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях по перечню, установленному Приложением №1 и при проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, осуществляются страховыми медицинскими организациями по тарифам на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, в соответствии с принятым Тарифным соглашением на оплату медицинской помощи в системе ОМС в Астраханской области на текущий период, в целях реализации способов оплаты медицинской помощи.

Медицинской организацией, которой Комиссией утверждены объемы МП составляется реестр счетов по установленным тарифам. Расчеты страховыми медицинскими организациями осуществляются в соответствии с Регламентом оплаты оказанной в рамках межучрежденческих расчетов медицинской помощи, утвержденным МЗАО и ТФОМС АО.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Тарифы, установленные разделом содержат сведения о тарифах на оплату медицинской помощи, их структуре, порядке расчета тарифов на оплату медицинской помощи, а также о размерах элементов структуры тарифа, в том числе в разрезе медицинских организаций, по способам оплаты, установленным разделом «Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Астраханской области» настоящего Тарифного соглашения.

По тарифам на оплату медицинской помощи (медицинских услуг) производится частичная компенсация затрат МО, работающим в системе ОМС.

В соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» 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 МО 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 МО, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств ОМС.

После завершения участия МО в реализации ТП ОМС на соответствующий год и исполнения МО всех обязательств по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и договору на оказание и оплату медицинской помощи в рамках ТП ОМС, а также при отсутствии у МО просроченной кредиторской задолженности, кредиторской задолженности по оплате труда, начислениям на выплаты по оплате труда допускается использование МО средств ОМС, полученных за оказанную медицинскую помощь, по направлениям расходования и в размере, которые определяются определяются учредителем медицинской организации, с последующим уведомлением министерства здравоохранения Астраханской области. Указанные средства запрещается направлять на осуществление капитальных вложений в строительство, реконструкцию и капитальный ремонт, приобретение недвижимого имущества, транспортных средств, ценных бумаг, долей (вкладов) в уставный (складочный) капитал организаций, паев, уплату процентов и погашение основной суммы долга по кредитам (займам), а также на уплату иных платежей, предусмотренных договорами кредита (займа) (за исключением случаев образования кредитной задолженности в целях приобретения оборудования в соответствии со стандартами оснащения МО (их структурных подразделений), предусмотренными положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, для оказания медицинской помощи в рамках ТП ОМС).

В состав тарифа (норматива финансовых затрат) на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС, включены расходы медицинских организаций на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, 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.

В целях реализации содержания раздела

3.1. при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (АПП) установлены:

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в размере – 6 926,16 рублей;

Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, исключаящий влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания (согласно отдельным видам расходов, перечисленным в Приложении №1 настоящего Тарифного соглашения), стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности (в размере 2 процентов от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц) в значении – 1 859,86 рублей;

Приложением №11 «Коэффициенты для расчета дифференцированных нормативов финансирования на прикрепившихся лиц для оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях»:

1) коэффициент дифференциации па прикрепившихся к МО 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;

2) коэффициент половозрастного состава;

3) коэффициент уровня расходов МО (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации);

4) коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в Астраханской области;

Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации в значениях согласно Приложению №13 «Фельдшерские здравпункты и фельдшерско-акушерские пункты, соответствующие требованиям установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи»;

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций согласно Приложению №14 «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки (включая целевые значения), а также размеры и порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей»;

Коэффициенты, учитывающие половозрастной состав обслуживаемого населения согласно Приложению №15 «Половозрастные коэффициенты дифференциации в разрезе половозрастных групп (КДj)»;

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинских организаций согласно Приложению №16 «Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях»;

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических условиях (за исключением тарифов на оплату комплексного обследования в центрах здоровья), согласно Приложению №17;

Тарифы на оплату посещений центров здоровья с целью проведения комплексного обследования, согласно Приложению №18;

Тарифы на оплату посещений школы сахарного диабета согласно Приложению №18.1;

Тарифам на оплату диализа согласно Приложению №19;

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе диспансеризации граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья (I этап) согласно Приложению №20;

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе диспансеризации граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья (I этап) согласно Приложению №21;

Тарифы медицинских услуг на оплату проведения профилактических медицинских осмотров определенных групп взрослого населения согласно Приложению №22;

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе диспансеризации граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья (II этап) согласно Приложению №23;

Тарифы на оплату проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения согласно Приложению №24;

«Тарифы медицинских услуг на оплату проведения углубленной диспансеризации» согласно Приложению №24.1.

Тарифы на оплату проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку

(попечительство), в приемную или патронатную семью (I этап), согласно Приложению №25;

Тарифы на оплату проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (I этап) согласно Приложению №26;

Тарифы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований согласно Приложению №27;

Тарифы на лабораторные исследования согласно Приложению №28;

Тарифы на оплату посещений с применением телемедицинских (дистанционных) технологий согласно Приложению №29.

3.2. При оплате скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (СМП), установлены:

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в размере – 1 021,08 рублей;

Базовый подушевой норматив финансирования, исключаяющий влияние применяемого коэффициента специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования, в том числе коэффициента уровня медицинской организации в размере – 1 021,08 рублей;

Приложением №30 «Коэффициенты для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, оказанной лицам вне медицинской организации»:

коэффициент половозрастного состава;

коэффициент уровня расходов МО (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер МО);

коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения Астраханской области;

Базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за вызов скорой медицинской помощи, согласно Приложению №12 «Базовая ставка (Б) финансирования единицы объема медицинской помощи»;

Коэффициенты, учитывающие половозрастной состав обслуживаемого населения, согласно Приложению №15 «Половозрастные коэффициенты дифференциации в разрезе половозрастных групп (КДj)»;

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинских организаций согласно Приложению №31 «Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации»;

3.3. При оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях установлены:

Базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания по видам медицинской помощи согласно Приложению №12 «Базовая ставка (Б) финансирования единицы объема медицинской помощи», который установлен в размере не менее 65% от норматива финансовых затрат, установленного Программой;

Перечень групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ. КСГ, присутствующие в перечне заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях, указаны в соответствии с перечнем, приведенным в Программе, согласно Приложению №32 «Распределение КСГ по группам заболеваний, состояний, коэффициенты относительной затратоемкости КСГ и коэффициенты специфики для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях»;

Значения коэффициентов относительной затратоемкости по группам заболеваний, в том числе КСГ, присутствующим в перечне заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях, в составе Программы указаны в соответствии с перечнем, приведенным в Программе, согласно Приложению №32 «Распределение КСГ по группам заболеваний, состояний, коэффициенты относительной затратоемкости КСГ и коэффициенты специфики для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях»;

Коэффициенты сложности лечения пациентов в значениях согласно Приложению №33 «Коэффициент сложности лечения пациента при оказании медицинской помощи (КСЛП)»;

Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи для структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, согласно Приложению №34;

Перечень КСГ, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации», согласно Приложению №34.1;

Распределение структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, по уровням (подуровням) оказания медицинской помощи согласно Приложению №7;

Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по неречню высокотехнологичной медицинской помощи, установленному в территориальной программе обязательного медицинского страхования, согласно Приложению №35 «Тарифы на виды высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в

базовую программу обязательного медицинского страхования, финансирование которых осуществляется за счет средств ОМС»;

Доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с долями заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, приведенной в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, согласно Приложению №35;

Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе по КСГ, согласно Приложению №36;

Размеры оплаты прерванных случаев, согласно Приложению №37 «Порядок оплаты прерванных случаев лечения в круглосуточном стационаре и в дневных стационарах всех типов»;

3.4. При оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара установлены:

Базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания по видам медицинской помощи, согласно Приложению №12 «Базовая ставка (Б) финансирования единицы объема медицинской помощи», который установлен в размере не менее 60% от норматива финансовых затрат, установленного Программой ;

Перечень групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ. КСГ, присутствующие в перечне заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в условиях дневного стационара, указаны в соответствии с перечнем, приведенным в Программе, согласно Приложению №38 «Распределение КСГ по группам заболеваний, состояний, коэффициенты относительной затратоемкости КСГ и коэффициенты специфики для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара»;

Значения коэффициентов относительной затратоемкости по группам заболеваний, в том числе КСГ, присутствующим в перечне заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в условиях дневного стационара, в составе Программы указаны в соответствии с перечнем, приведенным в Программе, согласно Приложению №38 «Распределение КСГ по группам заболеваний, состояний, коэффициенты относительной затратоемкости КСГ и коэффициенты специфики для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара»;

Значения коэффициента уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара в значении 1,2 для ГБУЗ АО "ГБ ЗАТО

Знаменск" и (или) структурных подразделений МО, расположенных на территории закрытого административного территориального образования;

Распределение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, по уровням оказания медицинской помощи согласно Приложению №8. Коэффициент уровня медицинских организаций при оплате медицинской помощи в условиях дневного стационара равен 1,0, за исключением ГБУЗ АО "ГБ ЗАТО Знаменск";

Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе по КСГ, согласно Приложению №36;

Размеры оплаты прерванных случаев, согласно Приложению №37 «Порядок оплаты прерванных случаев лечения в круглосуточном стационаре и в дневных стационарах всех типов»;

3.5. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи установлены:

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в части медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями по перечню медицинских организаций с указанием способа оплаты и уровня оказания медицинской помощи, установленных Приложением №10 в условиях круглосуточного и дневного стационаров, в амбулаторно-поликлинических условиях в неотложной форме в размере – 8 955,44 рублей;

Базовый подушевой норматив финансирования в части медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями по перечню медицинских организаций с указанием способа оплаты и уровня оказания медицинской помощи, установленных Приложением №10 в размере – 2 366,66 рублей, в том числе:

Базовый подушевой норматив финансирования в части медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в условиях круглосуточного стационара, в размере – 1 716,0 рублей;

Базовый подушевой норматив финансирования в части медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в условиях дневного стационара, в размере – 500,95 рублей;

Базовый подушевой норматив финансирования в части медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в амбулаторно-поликлинических условиях в неотложной форме, в размере – 149,71 рублей;

Приложением № 39 «Коэффициенты для расчета дифференцированных нормативов финансирования на прикрепившихся лиц для оплаты медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи в

части круглосуточного и дневного стационаров, в амбулаторно-поликлинических условиях в неотложной форме»:

1) коэффициент дифференциации на прикрепившихся к МО 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;

2) коэффициент половозрастного состава;

3) коэффициент уровня расходов МО (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации);

4) коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в Астраханской области;

Коэффициенты, учитывающие половозрастной состав обслуживаемого населения, согласно Приложению №15 «Половозрастные коэффициенты дифференциации в разрезе половозрастных групп (КДj)»;

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинских организаций согласно Приложению №40 «Подушевой норматив финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи».

Порядок расчета стоимости страхового случая и объема финансирования медицинских организаций по способам оплаты установлен Приложением №41 «Порядок расчета стоимости страхового случая».

4. Размер неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках ТП ОМС, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

4.1. Настоящим Тарифным соглашением утверждаются размеры неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках Программы, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества согласно Приложению №42 к настоящему соглашению.

5. Заключительные положения

5.1. Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания, распространяет свое действие на отношения, возникшие с 01.01.2024 и действует по 31.12.2024.

5.2. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

5.3. Стороны принимают на себя обязательства обеспечения выполнения настоящего Тарифного соглашения всеми заинтересованными лицами.

5.4. В случае возникновения споров по настоящему соглашению стороны принимают меры по их разрешению путем переговоров между собой.

5.5. Не урегулированные сторонами споры в рамках выполнения настоящего соглашения разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.6. Приложения к настоящему Соглашению являются его неотъемлемой частью.

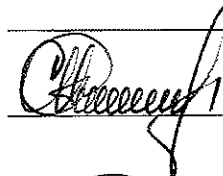
Подписи сторон

1. от министерства здравоохранения Астраханской области, *и.о. министра* здравоохранения Астраханской области - председатель заседания -



А.М. Вексиров
приказ №3 АО
от 09.01.2024 №3-1
А.В. Буркин

2. от ТФОМС Астраханской области, директор -



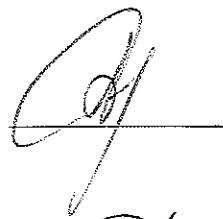
С.К. Нахушев

3. от Астраханского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», директор - секретарь заседания -



Т.Ю. Шабалина

4. от региональной общественной организации «Врачебная палата Астраханской области», председатель -



В.В. Думченко

5. от Астраханской областной организации профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации, председатель -



Е.В.Свекольников