

# ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ НА ТЕРРИТОРИИ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Иркутск

«28» декабря 2024 года

Модестов Андрей Арсеньевич - министр здравоохранения Иркутской области;

Градобоев Евгений Валерьевич - директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Иркутской области;

Сосова Кристина Вилорьевна - полномочный представитель Всероссийского союза страховщиков по медицинскому страхованию в Иркутской области, директор Иркутского филиала АО "Страховая компания "СОГАЗ-Мед";

Никифорова Светлана Владимировна - председатель Иркутской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации;

Гайдаров Гайдар Мамедович - Председатель Общественной организации "Ассоциация медицинских и фармацевтических работников Иркутской области";

включенные в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Иркутской области (далее - Комиссия) и в дальнейшем именуемые "Стороны", на основании решения, принятого Комиссией, заключили настоящее Тарифное соглашение о нижеследующем:

## Раздел 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области (далее - Тарифное соглашение) заключено на основании статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019г. № 108н (далее - Правила ОМС), Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023г. № 44н.

2. Предметом настоящего Тарифного соглашения являются

согласованные Сторонами способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Иркутской области в рамках реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования, являющейся составной частью Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области (далее - Территориальная программа), размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, расходование средств обязательного медицинского страхования.

3. Термины и определения, используемые в настоящем Тарифном соглашении:

Медицинские организации - организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы/индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность, имеющие право на осуществление медицинской деятельности (лицензию), включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Иркутской области, на соответствующий календарный год и которым установлены объемы медицинской помощи.

Страховые медицинские организации - страховые медицинские организации, филиалы страховых медицинских организаций, имеющие лицензию на осуществление обязательного медицинского страхования на территории Иркутской области и включенные в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Иркутской области, на соответствующий календарный год.

Объемы медицинской помощи - установленные в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, распределенные решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Иркутской области между медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, потребности застрахованных лиц в медицинской помощи, а также нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования.

На основании статьи 40 Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи,

установленного решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Иркутской области, влечет применение к медицинской организации санкций по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющимся приложением к Порядку проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021г. № 231н, пунктом 154 Правил ОМС, в размере, установленном разделом 4 настоящего Тарифного соглашения.

## **Раздел 2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ**

### **Глава 1. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Иркутской области, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется 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 за единицу объема медицинской помощи, приведен в Приложении № 1 к Тарифному соглашению (раздел 1).

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Иркутской области, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), приведен в Приложении № 1 к Тарифному соглашению (раздел 2).

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

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

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 хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ сахарного диабета;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение), проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Объем профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий комплексного посещения в рамках диспансерного наблюдения определяется медицинским работником, в соответствии с Порядком диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022г. № 168н, Порядком диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.06.2020г. № 548н, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций.

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 (далее - диспансерное наблюдение работающих граждан).

Организация диспансерного наблюдения работающих граждан может осуществляться:

при наличии у работодателя подразделения (кабинет врача, здравпункт, медицинский кабинет, медицинская часть и другие подразделения), оказывающего медицинскую помощь работникам организации силами и средствами такого подразделения;

при отсутствии у работодателя указанного подразделения путем заключения работодателем договора с государственной (муниципальной) медицинской организацией любой подведомственности, участвующей в базовой (территориальной) программе обязательного медицинского страхования и имеющей материально-техническую базу и медицинских работников, необходимых для проведения диспансерного наблюдения

работающего гражданина (с оплатой такой медицинской помощи по отдельным реестрам счетов в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения Российской Федерации).

Диспансерное наблюдение работающего гражданина также может быть проведено силами медицинской организации, к которой прикреплен работающий гражданин, с использованием выездных методов работы и организацией осмотров и исследований по месту осуществления гражданином служебной деятельности.

Если медицинская организация, осуществляющая диспансерное наблюдение работающего гражданина в соответствии с настоящим разделом Программы, не является медицинской организацией, к которой прикреплен работающий гражданин, то данная организация направляет сведения о результатах прохождения работающим гражданином диспансерного наблюдения в медицинскую организацию, к которой прикреплен гражданин, с использованием Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в течение 3 рабочих дней после получения указанных результатов.

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, за исключением расходов на оплату телемедицинских (дистанционных) 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.

В отношении федеральных медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях формируется в порядке, установленном в разделе VI Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов.

Расходы на правовую, психологическую и медико-социальную помощь беременным женщинам не учитываются в стоимости территориальной программы обязательного медицинского страхования и оплачиваются за счет средств родовых сертификатов.

Перечень расходов на оказание медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, в том числе в разрезе врачей-

специалистов, приведен в Приложении № 38 к Тарифному соглашению.

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.

Для жителей малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктов медицинскими работниками могут организовываться стационары на дому с предоставлением врачом медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, средним медицинским работником фельдшерско-акушерских или фельдшерских пунктов соответствующих лекарственных препаратов и рекомендаций по их применению. Выполнение указанных рекомендаций осуществляется средними медицинскими работниками с одновременной оценкой состояния здоровья гражданина и передачей соответствующей информации указанному врачу медицинской организации, в том числе с применением дистанционных технологий и передачей соответствующих медицинских документов в электронном виде, в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3. Единицей объема первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях прикрепившимся застрахованным лицам, является медицинская услуга, посещение, обращение.

Доля стимулирующей части базового (среднего) подушевого норматива (Дсч), за выполнение показателей результативности деятельности, - 0,005.

Показатели результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки установлены Приложением № 30.

4. Перечень расходов на оказание медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования, приведен в Приложении № 27 к Тарифному соглашению.

5. Расчет объема финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.

5.1. Расчет общего объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях и среднего подушевого норматива финансирования:

$$O_{\text{Самб}} = (N_{\text{мп}} \times N_{\text{фзПМО}} + N_{\text{оДИСП}} \times N_{\text{фзДИСП}} + N_{\text{оИЦ}} \times N_{\text{фзИЦ}} + N_{\text{оОЗ}} \times N_{\text{фзОЗ}} + N_{\text{оНЕОТЛ}} \times N_{\text{фзНЕОТЛ}} + N_{\text{оМР}} \times N_{\text{фзМР}} + N_{\text{оДН}} \times N_{\text{фзДН}}) \times Чз - O_{\text{СМТР}},$$

где:

- Номпо средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
- НоДИСП средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
- НоИЦ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
- НоОЗ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, обращений;
- НоНЕОТЛ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
- НоМР средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация", установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
- НоДН средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
- НфзПМО средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой



государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

НфзДИСП средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

НфзИЩ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

НфзОЗ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

НфзНЕОТ  
Л средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

НфзМР средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация", установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

НфзДН средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

ОСМТР объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей.

Размер среднего подушевого норматива финансирования (ФОАМБСР),

предусмотренный Требованиями, рассчитывается путем деления ОСамб на численность застрахованного населения Иркутской области.

5.2. Определение объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и 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), ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе 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).

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.

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Иркутской области (ОСПнф), рассчитывается без учета средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, и средств на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, определяется по следующей формуле:

$$ОС_{Пнф} = ОС_{АМБ} - ОС_{ФАП} - ОС_{ИССЛЕД} - ОС_{НЕОТЛ} - ОС_{ЕО} - ОС_{ПО} - ОС_{ДИСП} - ОС_{ДН},$$

где:

ОС<sub>ФАП</sub> – объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Территориальной

программой государственных гарантий размерами финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов (при необходимости - за исключением медицинской помощи в неотложной форме), рублей;

ОС<sub>исслед</sub> объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

ОС<sub>неотл</sub> объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей (используется в случае принятия Комиссией решения о финансировании медицинской помощи в неотложной форме вне подушевого норматива);

ОС<sub>ЕО</sub> объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам (в том числе комплексных посещений по профилю "Медицинская реабилитация"), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе сахарным диабетом, рублей;

ОС<sub>по</sub> объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

ОС<sub>дисп</sub> объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе второго этапа диспансеризации, I и II этапов диспансеризации, направленной на оценку репродуктивного здоровья женщин и мужчин, и углубленной диспансеризации), рублей;

ОС<sub>дн</sub>      объем средств, направляемых на оплату проведения диспансерного наблюдения, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей.

6. Расчет базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

Исходя из объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, определяется базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи.

Значение базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц определяется по следующей формуле:

$$ПН_{\text{баз}} = \left( \frac{ОС_{\text{пнф}} - ОС_{\text{рд}}}{Ч_3 \times СКД_{\text{от}} \times СКД_{\text{пв}} \times КД} \right),$$

где:

ПН<sub>баз</sub>      базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей;

ОС<sub>пнф</sub>      объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей;

ОС<sub>рд</sub>      объем средств, направляемых медицинскими организациями в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке, рублей;

СК<sub>Дот</sub>      значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

СК<sub>Дпв</sub>      значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава;

КД единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

Параметр СКД<sub>от</sub> используется в целях сохранения сбалансированности территориальных программ обязательного медицинского страхования и рассчитывается по следующей формуле:

$$СКД_{от} = \frac{\sum (КД_{iот} \times Ч_{iз})}{\sum (Ч_{iз})},$$

где:

КД<sub>iот</sub> значение коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, установленного тарифным соглашением для i-й медицинской организации;

Ч<sub>iз</sub> численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-й медицинской организации, человек;

По аналогичной формуле рассчитывается значение СКД<sub>пв</sub>.

Среднемесячный базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц (ПН) определяется путем деления базового (среднего) подушевого норматива финансирования на количество месяцев в расчетном периоде.

Коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала (КД<sub>от</sub>) приведен в Разделе 1 Приложения №1 "Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц» и в Приложении № 29 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного стационара, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц (включая оплату

медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи)», и установлен в размере:

для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек – 1,113;

для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек – 1,04.

7. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях установлены в Приложении № 11 к настоящему Тарифному соглашению.

Для установления половозрастных коэффициентов дифференциации при распределении численности застрахованных лиц используются следующие половозрастные группы:

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

8. Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования.

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учетом коэффициентов дифференциации оказания медицинской помощи, рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы для медицинских организаций (Приложение № 13).

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации ( $ДП_n^i$ ), рассчитываются на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по следующей формуле:

$$ДП_n^i = ПН_{БАЗ} \times КД_{ПВ}^i \times КД_{УР}^i \times КД_{ЗП}^i \times КД_{ОТ}^i \times КД_i; \text{ где :}$$

$ДП_n^i$  дифференцированный подушевой норматив для  $i$ -й медицинской организации, рублей;

$КД_{ПВ}^i$  коэффициент половозрастного состава для  $i$ -й медицинской организации;

- КД<sub>ур</sub><sup>i</sup> коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации);
- КД<sub>зп</sub><sup>i</sup> коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i-й медицинской организации;
- КД<sub>от</sub><sup>i</sup> коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, для i-й медицинской организации;
- КД<sub>i</sub> коэффициент дифференциации для i-й медицинской организации.

10. Обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (ф. 025-1/у) только при последнем посещении больного по данному поводу. Средняя кратность посещений в связи с заболеванием в одном обращении составляет 2,6 посещения.

11. При оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, в рамках выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи взаимные расчеты могут осуществляться медицинскими организациями (на основании заключенных между ними договоров) и страховыми медицинскими организациями в соответствии с настоящим Тарифным соглашением.

В случае, если взаиморасчеты осуществляются с участием страховых медицинских организаций, медицинской организацией составляется реестр счетов по установленным тарифам с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. Страховые медицинские организации осуществляют оплату медицинской помощи на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, согласованных между медицинскими организациями, что подтверждается подписями руководителей (уполномоченных лиц) медицинских организаций на документе согласования. При осуществлении окончательного расчета за

медицинскую помощь и авансирования оплаты медицинской помощи сумма средств для медицинской организации уменьшается на объем средств, перечисленных другой медицинской организации за оказанную медицинскую помощь по направлениям, выданным данной медицинской организацией. При этом страховая медицинская организация ежемесячно извещает медицинские организации о размере перечисленных средств, уменьшенных в рамках взаиморасчетов.

12. Оплата медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами, осуществляется по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации.

Способ оплаты по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

12.1. Расчет объема финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов.

Перечень фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов приведен в Приложении № 28 к настоящему Тарифному соглашению.

Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, составляет в среднем на 2025 год:

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 101 до 900 жителей, - 1 442,9 тыс. рублей;

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 901 до 1500 жителей, - 2 885,8 тыс. рублей;

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1501 до 2000 жителей, - 3 430,6 тыс. рублей.

Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов устанавливаются путем применения коэффициентов дифференциации согласно Приложению № 6 к настоящему Тарифному соглашению и коэффициента доступности медицинской помощи к размерам финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов.

В случае оказания медицинской помощи указанными пунктами женщинам репродуктивного возраста, но при отсутствии в указанных пунктах



акушерок, отдельные полномочия по работе с такими женщинами осуществляются фельдшером или медицинской сестрой (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем). В этом случае размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения.

Поправочные коэффициенты к размеру финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих менее 100 или более 2000 жителей, а также не соответствующих требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, приведены в Приложении № 28 к настоящему Тарифному соглашению.

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в *i*-й медицинской организации, рассчитывается следующим образом:

$$OC_{\text{ФАП}}^i = \sum_n (Ч_{\text{ФАП}}^n \times \text{БНФ}_{\text{ФАП}}^n \times \text{КС}_{\text{БНФ}}^n), \text{ где}$$

$OC_{\text{ФАП}}^i$      объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в *i*-й медицинской организации;

$Ч_{\text{ФАП}}^n$      число фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов №-типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению);

$\text{БНФ}_{\text{ФАП}}^n$      базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций - фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов №-го типа;

$\text{КС}_{\text{БНФ}}^n$      коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом 543н, в том числе с учетом расчетного объема средств на оплату консультаций, связанных с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний

репродуктивной системы, аборт и инфекций, передаваемых половым путем.

В случае если у фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленным 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", или коэффициент специфики, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года, и рассчитывается следующим образом:

$$OC_{\text{ФАП}}^j = OC_{\text{ФАПнг}}^j + \left( \frac{\text{БНФ}_{\text{ФАП}}^j \times \text{КС}_{\text{БНФ}}^j}{12} \times n_{\text{мес}} \right), \text{ где :}$$

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

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

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

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

13. В рамках реализации пункта 121 Правил ОМС для оплаты медицинской помощи в пределах распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, рассчитывается ежемесячный плановый объем по соответствующим видам и условиям медицинской помощи (включающий в себя как объем предоставления медицинской помощи, так и финансовые средства), который определяется для конкретной медицинской организации в следующем порядке:

- первый месяц квартала как 1/3 квартального планового объема по соответствующим видам и условиям медицинской помощи, к которому относится отчетный месяц;

- в последующие месяцы квартала:

$\text{Пмес.} = (\text{Пкв.} - \text{МПопл.}) / \text{Ком.},$

где:

Пмес. - план на отчетный месяц;

Пкв. - план, установленный на квартал;

МПопл. - объем медицинской помощи, оплаченной медицинской организации за месяцы, предшествующие отчетному месяцу, с начала квартала;

Ком. - количество оставшихся месяцев в квартале, за которые оплата медицинской помощи не проводилась.

Отчетным месяцем является месяц, за который медицинской организацией предоставлены в страховые медицинские организации реестры счетов (счета) на оплату медицинской помощи.

Настоящий пункт применяется при реализации глав 1 - 3 раздела 2 Тарифного соглашения.

13.1. Оплата проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения осуществляется в пределах годового объема предоставления медицинской помощи и ее финансового обеспечения, установленного решением Комиссии, без учета расчетного ежемесячного планового объема предоставления медицинской помощи и ее финансового обеспечения

14. Оплата углубленной диспансеризации, проведенной в соответствии с Порядком направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.07.2021г. № 698н, не ранее 60 календарных дней после выздоровления граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией COVID-19, осуществляется за единицу объема медицинской помощи по тарифам, установленным Приложением № 10 к Тарифному соглашению:

14.1. В рамках I этапа углубленной диспансеризации:

За комплексное посещение, включающее исследования и медицинские вмешательства: измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови);

тест с 6-минутной ходьбой (при исходной сатурации кислорода крови 95 процентов и больше в сочетании с наличием у гражданина жалоб на одышку, отеки, которые появились впервые или повысилась их интенсивность) - за единицу объема оказания медицинской помощи;

определение концентрации Д-димера в крови у граждан, перенесших среднюю степень тяжести и выше новой коронавирусной инфекции (COVID-19) за единицу объема оказания медицинской помощи;

проведение рентгенографии органов грудной клетки (если не выполнялась ранее в течение года);

прием (осмотр) врачом-терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики).

#### 14.2. В рамках II этапа углубленной диспансеризации:

За единицу объема в рамках проведения углубленной диспансеризации оплачиваются следующие исследования:

проведение эхокардиографии (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой);

проведение компьютерной томографии легких (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой);

дуплексное сканирование вен нижних конечностей (при наличии показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови).

Оплата углубленной диспансеризации за комплексное посещение возможна в случае выполнения всех исследований и медицинских вмешательств, учитываемых при расчете стоимости комплексного посещения.

15. 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 медицинской организации, 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 не менее 12 посещений.

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.

#### 16. Перечень исследований и иных медицинских вмешательств,

проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья:

1. Диспансеризация взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья (далее - диспансеризация) проводится в целях выявления у граждан признаков заболеваний или состояний, которые могут негативно повлиять на беременность и последующее течение беременности, родов и послеродового периода репродуктивного, а также факторов риска их развития.

2. Первый этап диспансеризации включает:

а) у женщин прием (осмотр) врачом-акушером-гинекологом;

пальпация молочных желез;

осмотр шейки матки в зеркалах с забором материала на исследование;

микроскопическое исследование влагалищных мазков;

цитологическое исследование мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала (за исключением случаев невозможности проведения исследования по медицинским показаниям в связи с экстирпацией матки, *virgo*). Цитологическое исследование мазка (соскоба) с шейки матки проводится при его окрашивании по Папаниколау (другие способы окраски не допускаются);

у женщин в возрасте 18 - 29 лет проведение лабораторных исследований мазков в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции;

б) у мужчин прием (осмотр) врачом-урологом (при его отсутствии врачом-хирургом, прошедшим подготовку по вопросам репродуктивного здоровья у мужчин).

3. Второй этап диспансеризации проводится по результатам первого этапа в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и при наличии показаний включает:

а) у женщин:

в возрасте 30 - 49 лет проведение лабораторных исследований мазков в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции;

ультразвуковое исследование органов малого таза в начале или середине менструального цикла;

ультразвуковое исследование молочных желез;

повторный прием (осмотр) врачом-акушером-гинекологом;

б) у мужчин:

спермограмму;

микроскопическое исследование микрофлоры или проведение лабораторных исследований в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции;

ультразвуковое исследование предстательной железы и органов мошонки;

повторный прием (осмотр) врачом-урологом (при его отсутствии врачом-хирургом, прошедшим подготовку по вопросам репродуктивного здоровья у мужчин).

## **Глава 2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, В ТОМ ЧИСЛЕ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ (СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ)**

1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Иркутской области, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, оплата за которую осуществляется за случай госпитализации (законченный случай лечения), за прерванный случай госпитализации приведен в Приложении № 2 к настоящему Тарифному соглашению.

2. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) медицинских организаций, включенных в Перечень Приложения № 2, производится:

за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний (далее - КСГ), 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 Приложении № 23 к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

3. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, на основе КСГ не осуществляется:

- при оказании медицинской помощи по заболеваниям, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (далее - Перечень видов ВМП), включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации на соответствующий год (далее - Программа), на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения по Перечню видов ВМП, не включенных в базовую программу, для которых Программой установлена средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, в случае их включения в территориальную программу обязательного медицинского страхования сверх базовой программы;

- социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения), в случае их включения в территориальную программу обязательного медицинского страхования сверх базовой программы;

- при проведении услуг диализа, включающих различные методы.

В объем средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и оплачиваемой на основе КСГ, не включаются средства:

- предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;

- предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ (в случаях, являющихся исключениями);

- направляемые на формирование нормированного страхового запаса

территориального фонда обязательного медицинского страхования в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента по сравнению с запланированным.

4. Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов (классификационных критериев):

a. Диагноз (код по МКБ-10);

b. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017г. № 804н (далее - Номенклатура), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);

c. Схема лекарственной терапии;

d. МНН лекарственного препарата;

e. Возрастная категория пациента;

f. Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ-10);

g. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации, индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);

h. Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);

i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

j. Пол;

k. Длительность лечения;

l. Этап лечения, в том числе этап проведения экстракорпорального оплодотворения, долечивание пациентов с коронавирусной инфекцией (COVID-19), посттрансплантационный период после пересадки костного мозга;

m. Показания к применению лекарственного препарата;



№. Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;

о. Степень тяжести заболевания;

р. Сочетание нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия (например, сочетание оценки состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации с назначением ботулинического токсина).

5. Процесс отнесения случая к КСГ регламентируется таблицами "Группировщик" и "Группировщик детальный", находящимися в файле "Расшифровка групп", Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

"Группировщик" позволяет каждый случай в реестре пролеченных больных, оплата которого производится в рамках системы КСГ, отнести к определенной группе на основании классификационных критериев, которые соответствуют этому случаю.

6. При наличии хирургических операций и/или других применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ заболеваний осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры.

7. 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, либо после оказания высокотехнологичной медицинской помощи определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по 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 высокотехнологичной медицинской помощи, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

Если пациенту в момент оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилям "неонатология" или "детская хирургия в период новорожденности" определяются показания к проведению иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции, то данный случай оплачивается по двум (нескольким) тарифам: в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему 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.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ-10, модели пациента, вида и метода лечения аналогичным параметрам, установленным перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи в Программе. Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи согласно Приложению № 15 к Тарифному соглашению. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащему в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, 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.

8. При оплате случаев лечения 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 (ШРМ). 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 субъекте Российской Федерации. При оценке 4 - 5 - 6 баллов по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Градации оценки и описание ШРМ приведены в Инструкции.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохlearной 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.

9. При оказании медицинской помощи в стационарных условиях в рамках выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов

медицинской помощи взаимные расчеты могут осуществляться медицинскими организациями (на основании заключенных между ними договоров) и страховыми медицинскими организациями в соответствии с настоящим Тарифным соглашением.

В случае, если взаиморасчеты осуществляются с участием страховых медицинских организаций, медицинской организацией составляется реестр счетов по установленным тарифам с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. Страховые медицинские организации осуществляют оплату медицинской помощи на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, согласованных между медицинскими организациями, что подтверждается подписями руководителей (уполномоченных лиц) медицинских организаций на документе согласования. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь и авансирования оплаты медицинской помощи сумма средств для медицинской организации уменьшается на объем средств, перечисленных другой медицинской организации за оказанную медицинскую помощь по направлениям, выданным данной медицинской организацией. При этом страховая медицинская организация ежемесячно извещает медицинские организации о размере перечисленных средств, уменьшенных в рамках взаиморасчетов.

10. В рамках КСГ круглосуточного стационара, связанных с лечением новой коронавирусной инфекции (COVID-19), выделяются клинко-статистические подгруппы, связанные с назначением отдельных лекарственных препаратов, в том числе не зарегистрированных для лечения (COVID-19), поставленных в Иркутскую область, приобретенных за счет иных источников (за исключением средств ОМС) с применением иного классификационного критерия covidbezlp и установлением соответствующих коэффициентов относительной затратоёмкости подгрупп.

В целях оплаты медицинской помощи, оказываемой пациентам с COVID-19, случаев тяжелого и крайне тяжелого течения заболевания (V024) добавлены критерии:

- stt3.1 - препараты из схемы лечения случаев тяжелого течения заболевания приобретены за счет средств обязательного медицинского страхования;

- stt3.2 - один или несколько препаратов из схемы лечения тяжелого течения заболевания приобретены за счет бюджетных средств;

- stt4.1 - препараты из схемы лечения случаев крайне тяжелого течения заболевания приобретены за счет средств обязательного медицинского страхования;

- stt4.2 - один или несколько препаратов из схемы лечения крайне тяжелого течения заболевания приобретены за счет бюджетных средств.

При этом, согласно Федеральному закону от 21.11.2011г. № 323-ФЗ "Об

основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" при оказании медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи назначение и применение лекарственных препаратов не подлежат оплате за счет личных средств граждан.

### **Глава 3. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Иркутской области, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, оплата за которую осуществляется за случай госпитализации (законченный случай лечения), за прерванный случай госпитализации, приведен в Приложении № 3 к Тарифному соглашению.

2. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в условиях дневного стационара, включенных в Перечень Приложения № 3, производится:

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по КСГ, 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, приведенных в Приложении № 24 к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по

КСГ, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

3. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, на основе КСГ не осуществляется:

- при оказании медицинской помощи по заболеваниям, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (далее - Перечень видов ВМП), включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации на соответствующий год, установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения по Перечню видов ВМП, не включенных в базовую программу, для которых Программой установлена средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, в случае их включения в территориальную программу обязательного медицинского страхования сверх базовой программы;

- социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения), в случае их включения в территориальную программу обязательного медицинского страхования сверх базовой программы;

- при проведении услуг диализа, включающих различные методы.

В объем средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и оплачиваемой на основе КСГ, не включаются средства:

- предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;

- предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ (в случаях, являющихся исключениями);

- направляемые на формирование нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента по сравнению с запланированным.

4. Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратно-емкость лечения пациентов (классификационных критериев):

а) диагноз (код по МКБ-10);

б) хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017г. № 804н (далее - Номенклатура)), при наличии;

в) схема лекарственной терапии;

г) МНН лекарственного препарата;

д) возрастная категория пациента;

е) сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ-10);

ж) оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации, индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);

з) длительность непрерывного проведения искусственной вентиляции легких;

и) количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

к) пол;

л) длительность лечения;

м) этап лечения, в том числе этап проведения экстракорпорального оплодотворения, долечивание пациентов с коронавирусной инфекцией (COVID-19), посттрансплантационный период после пересадки костного мозга;

н. Показания к применению лекарственного препарата;

№. Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;

о. Степень тяжести заболевания;

р. Сочетание нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия (например, сочетание оценки состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации с назначением ботулинического токсина).

5. Процесс отнесения случая к КСГ регламентируется таблицами "Группировщик" и "Группировщик детальный", согласно Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

"Группировщик" позволяет каждый случай в реестре пролеченных больных, оплата которого производится в рамках системы КСГ, отнести к определенной группе на основании классификационных критериев, которые соответствуют этому случаю.

6. При наличии хирургических операций и/или других применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ заболеваний осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры.

7. 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, либо после оказания высокотехнологичной медицинской помощи определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по 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 высокотехнологичной медицинской помощи, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

Если пациенту в момент оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилям "неонатология" или "детская хирургия в период новорожденности" определяются показания к проведению иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции, то данный случай оплачивается по двум (нескольким) тарифам: в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему 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.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи в Программе. Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи согласно Приложению № 15 к Тарифному соглашению. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники

финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, 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.

8. При оплате случаев лечения 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 шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). 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 субъекте Российской Федерации. При оценке 4 - 5 - 6 баллов по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Градации оценки и описание ШРМ приведены в Инструкции.

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.

9. При оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара, в рамках выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи взаимные расчеты могут осуществляться медицинскими организациями (на основании заключенных между ними договоров) и страховыми медицинскими организациями в соответствии с настоящим Тарифным соглашением.

В случае, если взаиморасчеты осуществляются с участием страховых медицинских организаций, медицинской организацией составляется реестр счетов по установленным тарифам с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. Страховые медицинские организации осуществляют оплату медицинской помощи на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, согласованных между медицинскими организациями, что подтверждается подписями руководителей (уполномоченных лиц) медицинских организаций на документе согласования. При осуществлении окончательного расчета за



медицинскую помощь и авансирования оплаты медицинской помощи сумма средств для медицинской организации уменьшается на объем средств, перечисленных другой медицинской организации за оказанную медицинскую помощь по направлениям, выданным данной медицинской организацией. При этом страховая медицинская организация ежемесячно извещает медицинские организации о размере перечисленных средств, уменьшенных в рамках взаиморасчетов.

10. Распределение объемов медицинской помощи по проведению экстракорпорального оплодотворения осуществляется для медицинских организаций, выполнивших не менее 100 случаев экстракорпорального оплодотворения за предыдущий год (за счет всех источников финансирования).

Страховые медицинские организации проводят экспертизу качества всех случаев экстракорпорального оплодотворения, осуществленных в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, включая оценку его эффективности (факт наступления беременности). Результаты экспертиз направляются страховыми медицинскими организациями в соответствующие территориальные фонды обязательного медицинского страхования и рассматриваются на заседаниях комиссий по разработке территориальных программ обязательного медицинского страхования при решении вопросов о распределении медицинским организациям объемов медицинской помощи по экстракорпоральному оплодотворению.

#### **Глава 4. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ ВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Иркутской области, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (далее - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи), за единицу объема медицинской помощи приведен в Приложении № 4 Тарифного соглашения.

2. Оплата 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) (далее - СМП), осуществляется:

- 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).

Для расчета подушевого норматива финансирования 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), применяется 96% численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь на территории обслуживания станцией скорой медицинской помощи, отделением скорой медицинской помощи поликлиники (больницы, больницы скорой медицинской помощи), за исключением государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Иркутский областной центр медицины катастроф".

Для расчета подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой государственным бюджетным учреждением здравоохранения "Иркутский областной центр медицины катастроф", применяются 4% численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь на территории Иркутской области.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи включает финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации).

В подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи не включается оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи при проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других).

3. В реестры счетов на оплату медицинской помощи в обязательном порядке включаются единицы объема оказанной скорой медицинской помощи по тарифам, установленным в Приложении № 5 к настоящему Тарифному соглашению.

4. На основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, определяется размер средств на оплату СМП по подушевому нормативу финансирования СМП, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Иркутской области, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$ОС_{смп} = (Носмп \times Нфзсмп) \times Чз - ОС_{мтр}, \text{ где:}$$

ОСсмп - объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Иркутской области, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

Носмп - средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, вызовов;

Нфзсмп - средний норматив финансовых затрат на единицу объема СМП, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

ОСмтр - объем средств, направляемых на оплату СМП, оказываемой застрахованным лицам за пределами Иркутской области, на территории которой выдан полис обязательного медицинского страхования, за вызов, рублей;

Чз - численность застрахованного населения Иркутской области, человек.

Размер среднего подушевого норматива финансирования (ФОсмпр), предусмотренный Требованиями, рассчитывается путем деления ОСсмп на численность застрахованного населения Иркутской области.

4.1. Определение базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, по следующей формуле:

$$\text{ПН}_{\text{БАЗ}} = \frac{\text{ОС}_{\text{СМП}} - \text{ОС}_{\text{В}}}{\text{Ч}_3 \times \text{КД}},$$

где:

$\text{ПН}_{\text{БАЗ}}$  базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;

$\text{ОС}_{\text{В}}$  объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской

помощи вне медицинской организации застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам за вызов, рублей;

КД единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

Среднемесячный базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи (ПнСМП) определяется путем деления базового (среднего) подушевого норматива финансирования СМП на количество месяцев в расчетном периоде (далее - подушевой норматив СМП).

В реестры счетов на оплату медицинской помощи в обязательном порядке включаются все единицы объема оказанной скорой медицинской помощи по установленным тарифам.

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования СМП, оказываемой вне медицинской организации, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования СМП для медицинских организаций (тариф на основе подушевого норматива финансирования) (Приложение № 14 к Тарифному соглашению) по следующей формуле:

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

где:

$ДП_{Н}^i$  дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для  $i$ -й медицинской организации, рублей;

$КД_{ПВ}^i$  коэффициент половозрастного состава;

$КД_{УР}^i$  коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации) для  $i$ -й медицинской организации;

$КД_{ЗП}^i$  коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для  $i$ -й медицинской организации;

$КД^i$  коэффициент дифференциации  $i$ -й медицинской организации."

5. Определение размера финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации.

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, по следующей формуле:

$$\text{ФОсм} = \text{ДПн} \times \text{Чзпр} + \text{ОСв}, \text{ где:}$$

ФОсм размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей;

Чзпр численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек

6. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива учитывают половозрастную структуру населения, обслуживаемого медицинской организацией, оказывающей СМП.

7. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, приведены в Приложении № 12 к настоящему Тарифному соглашению.

Для установления половозрастных коэффициентов дифференциации при распределении численности застрахованных лиц используются следующие половозрастные группы:

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

Коэффициенты дифференциации по территориям оказания медицинской помощи рассчитаны в соответствии с пунктом 5 Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденных приказом ФОМС от 10.02.2023 № 44н (Приложение № 6 к Тарифному соглашению).

8. Оплата СМП застрахованным лицам, которым полисы обязательного

медицинского страхования выданы в других субъектах Российской Федерации, осуществляется по тарифу за вызов скорой медицинской помощи в соответствии с тарифами, установленными в Приложении № 5 к настоящему Тарифному соглашению, с применением коэффициентов дифференциации, установленных в Приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

9. Транспортировка пациентов, не требующих проведения мероприятий по оказанию СМП, а также применения медицинского оборудования, в том числе на плановую консультацию или на прием к врачу или обследование, перевозка и доставка консультантов, обслуживающего персонала медицинских организаций, медицинских препаратов из одной медицинской организации в другую медицинскую организацию оплачиваются медицинской организацией, инициировавшей данную транспортировку, в рамках заключенных договоров на транспортные услуги.

10. За счет средств обязательного медицинского страхования не оплачивается дежурство бригад СМП при проведении культурно-массовых мероприятий; за оказание помощи лицам, не застрахованным по ОМС; мероприятия в рамках взаимодействия с силовыми структурами; медицинская помощь при заболеваниях, не включенных в территориальную программу ОМС.

**Глава 5. СПОСОБ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО  
ПОДУШЕВОМУ НОРМАТИВУ ФИНАНСИРОВАНИЯ НА  
ПРИКРЕПИВШИХСЯ К МЕДИЦИНСКОЙ  
ОРГАНИЗАЦИИ ЛИЦ, ВКЛЮЧАЯ ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ ПО ВСЕМ ВИДАМ И УСЛОВИЯМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ  
УКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ, С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ,  
ВКЛЮЧАЯ ПОКАЗАТЕЛИ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

1. Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Иркутской области, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного стационара, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), приведен в Приложении № 29 к Тарифному соглашению.

Доля стимулирующей части базового (среднего) подушевого норматива за выполнение показателей результативности деятельности - 0,005.

Показатели результативности деятельности медицинских организаций и

критерии их оценки установлены Приложением № 30.

Подушевой норматив включает финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность медицинской организации, а также внешние консультации и обследования (исследования), оказанные в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара в других медицинских организациях застрахованным лицам, а также средства, направляемые на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

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, 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.

Указанный подушевой норматив (ПН) финансирования на прикрепившихся лиц для медицинской организации складывается из рассчитанного фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц для каждой (i-й) медицинской организации, включающего медицинскую помощь в неотложной форме, а также объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

2. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию (включенных в Приложение № 29), применяется способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе показателей объема медицинской помощи. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических

исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), 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 расходы на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, в том числе центрами здоровья, и расходы на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов.

При определении базового (среднего) подушевого норматива финансирования 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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, 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, медицинской реабилитации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, в том числе центрами здоровья, 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, а также расходы на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе сахарным диабетом и расходы на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов.

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы для медицинских организаций (Приложение № 31).

### **Раздел 3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи в сфере ОМС определяются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XII Правил ОМС.



2. Тарифы на оплату медицинской помощи в сфере ОМС, установленные настоящим Тарифным соглашением, применяются для оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках Территориальной программы ОМС лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области, в медицинских организациях в рамках заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в пределах установленных объемов медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств ОМС. Оплата медицинской помощи, оказанной на территории Иркутской области в рамках базовой программы ОМС лицам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации, осуществляется в порядке, установленном Правилами ОМС, по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

3. Установление тарифов на отдельные медицинские услуги осуществляется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной Приказом Минздрава Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг".

4. Медицинская организация обязана вести отдельный учет средств ОМС, в том числе отдельное ведение бухгалтерского учета поступивших и израсходованных средств ОМС от других источников финансирования (бюджетного, от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности), а также по видам и условиям оказания медицинской помощи ("Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях", "Специализированная медицинская помощь в условиях дневного стационара", "Высокотехнологичная медицинская помощь", "Первичная медико-санитарная помощь и первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях", "Скорая медицинская помощь вне медицинской организации").

5. Средства ОМС учитываются на отдельном лицевом счете государственными бюджетными учреждениями здравоохранения (федерального государственного казенного учреждения здравоохранения), открытым в установленном порядке в органе федерального казначейства или финансовом органе субъекта Российской Федерации, а также отдельном лицевом или расчетном счете государственного автономного учреждения здравоохранения, на отдельном расчетном счете медицинской организации иной формы собственности.

## **Глава 1. ТАРИФЫ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, ОКАЗЫВАЕМУЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Иркутской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных

территориальной программой обязательного медицинского страхования (подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях), составляет 11 771,20 рубль.

1.1. Средний тариф на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований на проведение одного исследования:

- компьютерной томографии - 4 797,30 рублей;
- магнитно-резонансной томографии - 6 550,20 рублей;
- ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы - 968,70 рублей;
- эндоскопического диагностического исследования – 1 776,30 рублей;
- молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний – 14 917,00 рублей;
- патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 3 678,80 рублей;
- ПЭТ - КТ при онкологических заболеваниях - 49 403,10 рублей;
- ОФЭКТ/КТ – 6 779,10 рублей.

1.2. Средний тариф для больных сахарным диабетом в части ведения школ сахарного диабета составляет 1 847,50 рублей на 1 комплексное посещение.

2. Значение базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц составляет 168,25 рублей на 1 застрахованное лицо в месяц.

3. Расчеты за первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях осуществляются по тарифам стоимости посещения, стоимости медицинской услуги, стоимости обращения, установленным в Приложении № 7 и Приложении № 25 к настоящему Тарифному соглашению, с применением коэффициентов дифференциации, установленных в Приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

Расчеты за первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях при оплате медицинской помощи в рамках межтерриториальных расчетов и взаимных расчетов между медицинскими организациями осуществляются по тарифам стоимости посещения, стоимости медицинской услуги, установленным в Приложении № 7 к настоящему Тарифному соглашению, с применением коэффициентов дифференциации, установленных в Приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

4. Стоматологическая помощь оплачивается по стоимости УЕТ. При этом учитывается кратность УЕТ в одном посещении, которая в среднем составляет 4,2, число УЕТ в одном посещении с профилактической целью - 4,0, в одном

обращении в связи с заболеванием (законченном случае лечения) - 9,4, в соответствии с Приложением № 8 к настоящему Тарифному соглашению, с применением коэффициентов дифференциации, установленных в Приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

При оказании стоматологической помощи необходимо соблюдать принцип максимальной санации полости рта за одно посещение.

5. Базовый тариф на оплату диализа (код услуги А18.05.002 "Гемодиализ") составляет 7 261,75 рубль, базовый тариф на оплату перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 "Перитонеальный диализ") составляет 6 207,19 рублей, без учета коэффициента дифференциации.

Оплата за проведение планового диализа в амбулаторных условиях осуществляется по стоимости медицинской услуги в соответствии с тарифами, установленными в Приложении № 9 к настоящему Тарифному соглашению. Установленные тарифы рассчитаны с учетом применения коэффициентов относительной затратоемкости, а также коэффициентов дифференциации к стоимости услуги с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи.

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.

6. Оплата медицинских услуг, оказанных в центрах здоровья, которые являются структурными подразделениями медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, (за исключением диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан) осуществляется в рамках подушевого финансирования. Оплата медицинских услуг, оказанных в центрах здоровья, которые являются структурными подразделениями медицинских организаций, не имеющих прикрепленное население, осуществляется по стоимости одного посещения в соответствии с тарифами, установленными в Приложениях № 7, 10 к настоящему Тарифному соглашению, с применением коэффициентов дифференциации, установленных в Приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

7. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения, углубленной диспансеризации, диспансерному наблюдению установлены в Приложении № 10 к настоящему Тарифному соглашению, в рамках мероприятий по

диспансеризации отдельных категорий граждан (детское население) установлены в Приложении № 16 с применением коэффициентов дифференциации, установленных в Приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

8. Тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований установлены в Приложении № 26 к настоящему Тарифному соглашению с применением коэффициентов дифференциации, установленных в Приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

## **Глава 2. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ**

1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, составляет 12 833,08 рубля.

2. Норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области, без учета коэффициента дифференциации и за исключением медицинской реабилитации 51 453,12 рубля.

3. Перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ), коэффициенты относительной затратоемкости КСГ, поправочные коэффициенты приведены в Приложении № 18 к настоящему Тарифному соглашению.

4. Коэффициенты дифференциации приведены в Приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

Коэффициенты дифференциации применяются при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях медицинской организацией (структурным подразделением медицинской организации), расположенной на территории оказания медицинской помощи в Иркутской области.

5. Размер средней стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях, включенного в КСГ (базовая ставка) без учета коэффициента дифференциации и за исключением медицинской реабилитации, составляет 33 495,98 рублей. Размер средней стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях, включенного в КСГ (базовая ставка) с учетом коэффициента дифференциации, установлен в Приложении № 6 к Тарифному соглашению.

6. Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара к базовой ставке - 0,651.

7. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

7.1. Среднее значение коэффициента уровня медицинской организации (в том числе для структурных подразделений) в стационарных условиях устанавливается в размере:

для медицинских организаций 1-го уровня - 0,9;

для медицинских организаций 2-го уровня - 1,05;

для медицинских организаций 3-го уровня - 1,25.

Распределение медицинских организаций по уровням (подуровням) медицинских организаций в стационарных условиях указано в Приложении № 2 к Тарифному соглашению.

Коэффициенты подуровней установлены в Приложении № 19 к Тарифному соглашению. Коэффициенты подуровней установлены с учетом уровня расходов на содержание имущества на единицу объема медицинской помощи, достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, утвержденных планом мероприятий ("дорожной картой") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Иркутской области".

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 различных уровнях оказания помощи, коэффициент уровня (подуровня) при оплате не применяется, перечень таких КСГ в стационарных условиях установлен в Приложении № 18 к Тарифному соглашению.

7.2. Коэффициенты сложности лечения пациента (далее - КСЛП) установлены в Приложении № 20 к Тарифному соглашению.

7.3. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи установлен в Приложении № 18 к Тарифному соглашению. Коэффициент специфики применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней (подуровней) медицинских организаций.

К подгруппам в составе КСГ коэффициент специфики не применяется.

К КСГ, включенным в КПП st19 "Онкология" и st08 "Детская онкология", коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1).

7.4. Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников предусматривается "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, в соответствии

с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 "О мероприятиях по реализации государственной и социальной политики" равен 1.

8. Стоимость одного случая госпитализации в стационаре по КСГ (ССкcg/кc), за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов (Приложение № 33), определяется по следующей формуле:

$$\text{ССкcg/кc} = \text{БС} \times \text{КД} \times \text{КЗкcg/кc} \times \text{КСкcg/кc} \times \text{КУСмо/кc} + \text{БС} \times \text{КД} \langle * \rangle \times \text{КСЛП},$$
 где:

БС - базовая ставка, рублей;

КЗкcg/кc - коэффициент относительной затратно-емкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне);

КСкcg/кc - коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КУСмо/кc - коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КД - коэффициент дифференциации;

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

\*> - КД не применяется для КСЛП "проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями" (равно единице).

9. Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов (Приложение № 33), определяется по следующей формуле:

$$\text{ССкcg/кc} = \text{БС} \times \text{КЗкcg} \times ((1 - \text{Дзп}) + \text{Дзп} \times \text{КСкcg} \times \text{КУСмо} \times \text{КД}) + \text{БС} \times \text{КД} \langle * \rangle \times \text{КСЛП},$$
 где:

БС - размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;

КЗкcg - коэффициент относительной затратно-емкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

Дзп - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ установлена в Приложении № 33 к Тарифному соглашению;

КСкcg - коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КУСмо - коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КД - коэффициент дифференциации;

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

<\*> - КД не применяется для КСЛП "проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями" (равно единице).

10. Порядок оплаты прерванных случаев лечения. К прерванным случаям лечения 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 и наоборот);
- 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 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 подпунктам 1 - 7 настоящего пункта) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным в Приложении № 23;
- 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 Группировщиком.

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 подпункта 2 - 9 пункта 4.3 Методических рекомендаций, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2 - 4 настоящего пункта. Приложением № 23 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.

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

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3 дней - 100% от стоимости КСГ.

Приложением № 35 определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию.

Таким образом, прерванные случаи лечения по КСГ, не входящим в Приложение № 35, не могут быть оплачены с применением вышеуказанных размеров оплаты прерванных случаев (80% и 100%).

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3 дней - 80% 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 настоящего пункта, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

10. Тарифы на оплату законченных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи, установленные с учетом применения коэффициента дифференциации (по территориям оказания медицинской помощи) к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установлены в Приложении № 15 к Тарифному соглашению.

11. За счет средств обязательного медицинского страхования оплачиваются расходы по проведению патолого-анатомических вскрытий (посмертное патологоанатомическое 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.

### **Глава 3. ТАРИФЫ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, ОКАЗЫВАЕМУЮ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, составляет 2 916,03 рублей.

2. Норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области, без учета коэффициента дифференциации и за исключением медицинской реабилитации, составляет 30 277,71 рублей.

3. Перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ), коэффициенты относительной затратоемкости КСГ, поправочные коэффициенты приведены в Приложении № 21 к Тарифному соглашению.

4. Коэффициенты дифференциации приведены в Приложении № 6 к Тарифному соглашению.

Коэффициенты дифференциации применяются при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара медицинской организацией (структурным подразделением медицинской организации), расположенной на территории соответствующего муниципального образования Иркутской области.

5. Размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара, включенного в КСГ (базовая ставка) без учета коэффициента дифференциации и за исключением медицинской реабилитации, составляет 18 196,9 рублей. Размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара, включенного в КСГ (базовая ставка) с учетом коэффициента дифференциации, установлен в Приложении № 6 к Тарифному соглашению.

6. Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара к базовой ставке - 0,601.

7. Поправочные коэффициенты оплаты по КСГ:

7.1. Среднее значение коэффициента уровня медицинской организации в условиях дневного стационара устанавливается в размере:

для медицинских организаций 1-го уровня - 0,9;

для медицинских организаций 2-го уровня - 1,05;

для медицинских организаций 3-го уровня - 1,25.

Распределение медицинских организаций по уровням (подуровням) медицинской организации в условиях дневного стационара указано в Приложении № 3 к Тарифному соглашению.

Коэффициенты подуровней установлены в Приложении № 22 к Тарифному соглашению. Коэффициенты подуровней установлены с учетом уровня расходов на содержание имущества на единицу объема медицинской помощи, достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, утвержденных планом мероприятий ("дорожной картой") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Иркутской области".

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 различных уровнях оказания помощи, коэффициент уровня (подуровня) при оплате не применяется, перечень таких КСГ в условиях дневного стационара установлен в Приложении № 21 к Тарифному соглашению.

7.2. Коэффициент сложности лечения пациента установлен в Приложении

7.3. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи установлен в Приложении № 21 к Тарифному соглашению. Коэффициент специфики применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней (подуровней) медицинских организаций.

К подгруппам в составе КСГ коэффициент специфики не применяется.

К КСГ, включенным в КПП ds19 "Онкология" и ds08 "Детская онкология", коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1).

7.4. Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников предусматривается "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 "О мероприятиях по реализации государственной и социальной политики" равен

8. Стоимость одного случая госпитализации в дневном стационаре по КСГ (ССксг/дс), за исключением КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$ССксг/дс = БС \times КД \times КЗксг/дс \times КСксг/дс \times КУСмо/дс + БС \times КД <*> \times КСЛП,$$
 где:

БС - базовая ставка, рублей;

КЗксг/дс - коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне);

КСксг/дс - коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КУСмо/дс - коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КД - коэффициент дифференциации;

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

<\*> - КД не применяется для КСЛП "проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями" (равно единице).

9. Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов (Приложение № 34), определяется по следующей формуле:

$СС_{кcg}/дс = БС \times КЗ_{кcg} \times ((1 - Дзп) + Дзп \times КС_{кcg} \times КУСмо \times КД) + БС \times КД^{*} \times КСЛП$ , где:

БС - размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;

КЗ<sub>кcg</sub> - коэффициент относительной затроемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

Дзп - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ установлена в Приложении № 34 к Тарифному соглашению;

КС<sub>кcg</sub> - коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КУСмо - коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КД - коэффициент дифференциации;

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

\*> - КД не применяется для КСЛП "проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями" (равно единице).

10. Порядок оплаты прерванных случаев лечения: к прерванным случаям лечения 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 и наоборот);
- 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 летальным исходом;
- 7) случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, 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 подпунктам 1 - 7 настоящего пункта) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным в Приложении № 24;

9) случаи лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.016 - ds12.021 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и Группировщиком.

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-10, что и диагноз основного заболевания и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, и не соответствует критериям оплаты случая лечения по второй 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 подпункта 2 - 6 пункта 4.3 Методических рекомендаций, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности подпунктов 2 - 4 настоящего пункта. Приложением № 24 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.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям подпунктов 1 - 6 и 8 - 9 настоящего пункта, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3 дней - 100% от стоимости КСГ.

Приложением № 36 определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию.

Таким образом, прерванные случаи лечения по КСГ, не входящим в Приложение № 36, не могут быть оплачены с применением вышеуказанных размеров оплаты прерванных случаев (80% и 100%).

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

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

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

11. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, установлены в Приложении № 15 к Тарифному соглашению.

#### **Глава 4. ТАРИФЫ НА СКОРУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, ОКАЗЫВАЕМУЮ ВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Иркутской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования (подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации), составляет 1 763,06 рублей.

1.1. Установленный средний размер финансового обеспечения медицинской помощи не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным за пределами Иркутской области.

2. Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования, применяемого при оплате скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, составляет 105,32 рубля на 1 застрахованное лицо в месяц.

3. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов),

применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Иркутской области лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, установлены в Приложении № 5 к настоящему Тарифному соглашению.

## **Глава 5. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОДУШЕВОМУ НОРМАТИВУ ФИНАНСИРОВАНИЯ НА ПРИКРЕПИВШИХСЯ К ДАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЛИЦ (ВКЛЮЧАЯ ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ВСЕМ ВИДАМ И УСЛОВИЯМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ), С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (ВКЛЮЧАЯ ПОКАЗАТЕЛИ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)**

1. Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, составляет 860,35 рубля на 1 застрахованное лицо в месяц.

2. Установленный размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным за пределами Иркутской области.

## **Глава 6. СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

1. Структура тарифов 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 (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 обязательного медицинского страхования.

Дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи вправе устанавливать Правительство Российской Федерации при утверждении базовой программы обязательного медицинского страхования.

2. Указанные расходы осуществляются в пределах средств, полученных медицинской организацией от страховых медицинских организаций по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в рамках установленных объемов предоставления медицинской помощи застрахованным по ОМС лицам, оказанной в рамках Территориальной программы ОМС.

3. Расходование средств ОМС (расходы, входящие в структуру тарифа на медицинскую помощь) производится медицинскими организациями по соответствующим статьям (подстатьям) расходов, перечисленных в Указаниях о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденных Министерством финансов Российской Федерации (действующих на дату осуществления расходов медицинской организацией).

4. Расходование средств ОМС на заработную плату осуществляется в пределах фонда оплаты труда в соответствии с утвержденным штатным расписанием персонала медицинской организации, участвующего в оказании медицинских услуг по Территориальной программе ОМС (далее - штатное расписание по ОМС).

В штатное расписание по ОМС включаются должности согласно Номенклатуре должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим и средним профессиональным образованием учреждений здравоохранения, утвержденной Минздравом России, и в соответствии с видами работ (услуг), предусмотренными лицензией медицинской организации.

В штатном расписании должности административно-хозяйственного и общепольничного персонала: руководителей (в т.ч. структурных подразделений), фармацевтического персонала (в т.ч. провизоров, среднего и младшего фармацевтического персонала), специалистов с высшим и средним профессиональным образованием, бухгалтеров, финансистов, программистов, а также дворников, сторожей, водителей, обслуживающего персонала, работников лабораторий, рентгенологических кабинетов, прочих отделений (служб) включаются пропорционально объемам оказанной медицинской помощи (выполняемой работы) за счет средств ОМС и иных источников финансирования.

5. К расходам на заработную плату относятся тарифные ставки, оклады,



доплаты и надбавки компенсационного характера, стимулирующие выплаты включенному в штатное расписание по ОМС персоналу, в том числе выплаты стимулирующего характера врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики, семейным врачам, медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, медицинским сестрам участковым врачей-педиатров участковых, медицинским сестрам врачей общей практики, медицинским сестрам семейных врачей за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также медицинским работникам фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным, за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Установленные размеры ставок, окладов, доплат и надбавок, порядок и условия их осуществления закрепляются в локальных актах медицинской организации по оплате труда и материальному стимулированию медицинских работников. Такие акты должны соответствовать трудовому законодательству и другим нормативным правовым актам.

6. Расходы на приобретение перевязочных средств, мягкого инвентаря, продуктов питания, медицинского инструментария, прочих материальных запасов производятся в соответствии с нормами и требованиями федеральных нормативных правовых актов и утвержденными стандартами и/или порядками оказания медицинской помощи.

Приобретение лекарственных препаратов осуществляется в рамках Перечней жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (далее - Перечни ЖНВЛП), утвержденных федеральными нормативными правовыми актами.

Состав медицинской укладки выездной бригады скорой медицинской помощи комплектуется лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения в соответствии с федеральными нормативными правовыми актами.

7. При наличии медицинских показаний у пациентов (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) осуществляется приобретение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий Перечень ЖНВЛП, стандарт медицинской помощи, но назначенных пациенту - по решению врачебной комиссии.

8. Расходование средств ОМС на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью

до четырехсот тысяч рублей за единицу, разрешенных к использованию в соответствии с законодательством Российской Федерации, в целях обеспечения нужд медицинской организации для выполнения Территориальной программы ОМС производится при отсутствии:

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

- неисполненных требований о возврате нецелевого использования средств ОМС по результатам проверок, проводимых ТФОМС Иркутской области.

При приобретении основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу необходимо руководствоваться ОК 013-2014.

9. Оплате за счет средств обязательного медицинского страхования не подлежат:

9.1. Расходы на проведение капитального ремонта зданий и сооружений, в том числе по составлению и экспертизе проектно-сметной документации. При определении перечня работ, относящихся к капитальному или текущему ремонту, следует руководствоваться Градостроительным кодексом Российской Федерации, Положением об организации и проведении реконструкции, ремонта и технического обслуживания жилых зданий, объектов коммунального и социально-культурного назначения, утвержденным приказом Госкомархитектуры от 23.11.1988г. № 312.

9.2. Расходы по социальным, компенсационным выплатам медицинским работникам (в том числе по оплате жилья, коммунальных услуг), финансирование которых осуществляется в рамках утвержденных целевых программ и/или из средств соответствующего бюджета (федерального, областного, муниципального), согласно условиям, предусмотренным нормативными правовыми актами.

9.3. Расходы по заграничным командировкам.

9.4. Расходы на приобретение вакцин для профилактики инфекционных заболеваний у контингентов, подлежащих вакцинации, в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям, протезов (за исключением изделий, предусмотренных Перечнем медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденным распоряжением Правительства РФ от 31.12.2018г. № 3053-р), консервированной крови и плазмы для переливания, крови и компонентов крови, расходы, связанные с трансплантацией органов и/или тканей (за исключением трансплантации, осуществляемой в рамках территориальной программы ОМС), оптических

стекло и оправ, кумыса, а также расходы по оплате за сдачу крови донорам, включая питание, расходы на приобретение расходных материалов для зубопротезирования (за исключением зубных протезов для детей-сирот, детей-инвалидов, детей, оставшихся без попечения родителей), расходы по оплате стоимости лекарств, отпускаемых на льготных условиях при амбулаторном лечении в установленном порядке, расходы на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (за исключением видов высокотехнологичной медицинской помощи, оплачиваемых за счет средств ОМС), на медикаменты и расходные материалы для научных работ.

9.5. Взыскания, в том числе штрафы и другие финансовые санкции, выставленные должностному лицу медицинской организации, взимаемые на основании судебного решения или постановления о назначении административного наказания.

9.6. Расходы по погашению просроченной кредиторской задолженности, образовавшиеся у медицинской организации до ее включения в перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС в случае, если медицинская организация не участвовала в реализации Территориальной программы ОМС в предшествующем году. А также начисленные на указанную просроченную кредиторскую задолженность неустойку (пени, штрафы), проценты за пользование чужими денежными средствами, возмещение убытков, другие виды ответственности за нарушение обязательств.

9.7. Расходы на оплату получения высшего и/или среднего специального образования, обучения в ординатуре, в интернатуре.

10. За счет средств ОМС, полученных медицинскими организациями, приоритетными расходами являются: расходы на заработную плату; расходы по начислениям на оплату труда; расходы, непосредственно связанные с процессом оказания медицинской помощи застрахованным лицам (в т.ч. приобретение лекарственных препаратов, перевязочных средств, мягкого инвентаря, продуктов питания, медицинского инструментария); расходы на коммунальные платежи; расходы по уплате налогов (сборов).

11. Руководству медицинской организации надлежит обеспечить эффективное расходование средств ОМС, направленное на реализацию прав граждан на получение бесплатной качественной медицинской (в т.ч. лекарственной) помощи в рамках Территориальной программы ОМС, в соответствии со статьями расходов, включенными в структуру тарифа на медицинскую помощь в сфере ОМС. Принимаемые руководителем медицинской организации решения по расходованию средств ОМС не должны способствовать возникновению дебиторской и кредиторской задолженности медицинской организации по расходам.

12. Финансовое обеспечение деятельности отделений (кабинетов, коек) медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь как в рамках Территориальной программы ОМС, так и медицинскую помощь, не

включенную в Территориальную программу ОМС, а также платные медицинские услуги, осуществляется пропорционально объемам оказанной медицинской помощи за счет средств ОМС и иных источников финансирования.

13. Финансовое обеспечение расходов медицинской организации, не включенных в структуру тарифа на медицинскую помощь в сфере ОМС, отделений (кабинетов, коек) медицинской организации, не оказывающих медицинскую помощь в рамках Территориальной программы ОМС, за счет средств ОМС не осуществляется.

14. Нецелевым использованием средств ОМС медицинскими организациями является расходование средств ОМС в нарушение требований нормативных правовых актов Российской Федерации и Иркутской области. В случае использования медицинской организацией средств ОМС не по целевому назначению медицинская организация несет ответственность в соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

#### **Раздел 4. 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**

1. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного в Таблице "Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества"):

$$H = PT \times K_{но}, \text{ где:}$$

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

PT - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный за оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

Кно - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

Значения коэффициента для определения размера неполной оплаты

медицинской помощи приведены в Таблице "Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества".

В случаях применения кода нарушения/дефекта 2.16.1 размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = (PT1 - PT2) + PT2 \times K_{но}, \text{ где}$$

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

PT1 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

PT2 - размер на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу);

$K_{но}$  - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с Таблицей "Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества".

2. Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ( $C_{шт}$ ), рассчитывается по формуле:

$$C_{шт} = РП \times K_{шт}, \text{ где:}$$

$C_{шт}$  - размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

РП - установленный тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи,

оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленный территориальной программой на год (за исключением кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного Таблицей "Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества", для которого РП - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи);

$K_{шт}$  - коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества приведены в Таблице "Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества".

Таблица

**ЗНАЧЕНИЯ КОЭФФИЦИЕНТОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И РАЗМЕРА ШТРАФА ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА**

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи
-----------------------	--------------------	---	---

		помощи	ненадлежащего качества
Раздел 1. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля			
1.1.	Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения	0	0,3
1.2.	Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения (в случае, если установление диагноза и постановка на диспансерное наблюдение должно быть осуществлено в рамках одного случая оказания медицинской помощи)	0	1
1.3.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь	1	0,3

	<p>которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей</p>		
1.4.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
1.4.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1	0
1.4.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	1	0
1.4.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение, отсутствие сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;	1	0



1.4.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1	0
1.4.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов некорректна (содержит арифметическую ошибку);	1	0
1.4.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты;	1	0
1.5.	Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе);	1	0
1.6.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.6.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в программу обязательного медицинского страхования;	1	0
1.6.2.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;	1	0
1.6.3.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления	1	0

	медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;		
1.6.4.	включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации <1>, медицинских услуг, оказываемых частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности	1	0
1.7.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:		
1.7.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;	1	0
1.7.2.	включение в реестр счетов случаев оказания	1	0

	<p>медицинской по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании</p>		
1.8.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности, в том числе с нарушением лицензионных требований:		
1.8.1.	включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1	0
1.8.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности по случаям оказания медицинской помощи, завершившимся после прекращения действия лицензии медицинской организации;	1	0
1.8.3.	предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (на основании информации лицензирующих органов)	1	0
1.9.	Включение в реестр счетов	1	0

	страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста по профилю оказания медицинской помощи		
1.10.	Нарушения, связанные с повторным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:		
1.10.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	1	0
1.10.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1	0
1.10.3.	стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	1	0
1.10.4.	стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию;	1	0
1.10.5.	включение в реестр счетов медицинской помощи, оказанной амбулаторно, в период пребывания застрахованного лица в	1	0

	условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также оказания медицинской помощи (консультаций) в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме);		
1.10.6.	включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения	1	0
Раздел 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы			
2.1.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования	0	0,3
2.2.	Нарушение условий оказания скорой медицинской помощи, выразившееся в несоблюдении установленного программой обязательного медицинского страхования времени доезда бригады скорой медицинской помощи, при летальном исходе до приезда бригады скорой помощи	1	3
2.7.	Представление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее (за исключением случаев,	1	0,3

	связанных с патологией беременности и родами) в течение четырнадцати календарных дней при оказании медицинской помощи в указанный период в амбулаторных условиях (за исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией)		
2.8.	Необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период пребывания в условиях круглосуточного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях)	1	0,3
2.9.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, входящую в базовую либо территориальную программу обязательного медицинского страхования, при оказании медицинской помощи в рамках базовой либо территориальной программы обязательного медицинского страхования	0	1
2.10.	Приобретение пациентом или его представителем в период	0,5	0,5

	оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов <2>, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека <3>, на основе клинических рекомендаций		
2.11.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации	0	0,6
2.12.	Непредставление медицинской документации, учетно-отчетной документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, а также результатов внутреннего и внешнего контроля медицинской организации, безопасности оказания медицинской помощи без объективных причин в течение 10 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда	1	0

	обязательного медицинского страхования или территориального фонда обязательного медицинского страхования, или страховой медицинской организации, или специалиста-эксперта, эксперта качества медицинской помощи, действующего по их поручению		
2.13.	Отсутствие в документации (несоблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях <4>	0,1	0
2.14.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и/или учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы)	0,5	0
2.15.	Дата оказания медицинской	1	0



	помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней)		
2.16.	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
2.16.1.	оплаченный случай оказания медицинской помощи не соответствует тарифу, установленному законодательством об обязательном медицинском страховании;	0,1	0,3
2.16.2.	включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу;	1	1
2.16.3.	некорректное (неполное) отражение в реестре счета сведений медицинской документации	1	
2.17.	Отсутствие в карте стационарного больного протокола врачебной комиссии в случаях назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов	0	0,3
2.18.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи,	0	0,3

	установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования		
Раздел 3. Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи			
3.1.	Установление неверного диагноза, связанное с невыполнением, несвоевременным или ненадлежащим выполнением необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, с учетом рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:		
3.1.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	0
3.1.2.	приведшее к удлинению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,3	0
3.1.3.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания;	0,4	0,3
3.1.4.	приведшее к инвалидизации;	0,9	1

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

	случаях);		
3.2.4.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	1	3
3.2.5.	рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций;	0,9	1
3.2.6.	по результатам проведенного диспансерного наблюдения	0,9	1
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями мероприятий, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового	0,5	0,6

	заболевания		
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях)	0,5	0,3
3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение четырнадцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, тридцати дней стационарно (повторная госпитализация)	0,3	0
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья	0,8	1

	застрахованного лица		
3.7.	Госпитализация застрахованного лица в плановой или неотложной форме с нарушением требований к профильности оказанной медицинской помощи (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации в неотложной и экстренной форме с последующим переводом в профильные медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций) в течение суток или более, если перевод в течение суток невозможен с учетом тяжести состояния пациента и его транспортабельности	1	0,3
3.8.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, отсутствие пациента в медицинской организации на дату проверки	1	0,3
3.9.	Необоснованное повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, в связи с	1	0,3

	выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов		
3.10.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований (за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме)	0,9	0,5
3.11.	Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи	0,5	0
3.12.	Нарушение прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, базовой	0	0,3

	программы обязательного медицинского страхования; на выбор врача		
3.13.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов с учетом клинических рекомендаций, связанные с риском для здоровья пациента	0,5	0,6
3.14.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе:		
3.14.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;		1
3.14.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья;		2
3.14.3.	приведший к летальному исходу		3
3.15.	Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в указанный порядок исследований, в том числе:		
3.15.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;		1
3.15.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья (за		2



	исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения);		
3.15.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения)		3

<1> В соответствии с частью 1 статьи 32 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2017, № 1, ст. 34).

<2> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 12 октября 2019 г. № 2406-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, № 42, ст. 5979; 2020, № 48, ст. 7813).

<3> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2018 г. № 3053-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, № 2, ст. 196; № 41, ст. 5780).

<4> В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2020, № 29, ст. 4516).

3. Размеры санкций не зависят от формы собственности медицинской организации, предоставляющей медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, и применяются ко всем медицинским организациям, включенным в перечень медицинских организаций (обособленных подразделений), участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области, в том числе Программы обязательного медицинского страхования, и осуществляющим деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества применяется при проведении ТФОМС Иркутской области (филиалами ТФОМС Иркутской области) контроля в рамках осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого

выдан полис обязательного медицинского страхования, и по результатам реэкспертизы.

## Раздел 5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу 1 января 2025 года и действует до завершения расчетов за оказанную медицинскую помощь за 2025 год.

2. Рассмотрение вопросов об утверждении, изменении, индексации тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС на территории Иркутской области (полностью или в части) осуществляется по инициативе членов Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Иркутской области (далее - Комиссия) путем направления мотивированного предложения председателю и/или секретарю Комиссии либо оглашения своих предложений на заседании Комиссии. Принятие Комиссией решения об утверждении, изменении или индексации тарифов производится при наличии источника финансового обеспечения расходов (затрат).

Решение Комиссии об утверждении, изменении, индексации размера тарифов на медицинскую помощь в сфере ОМС, а также иные изменения и дополнения к настоящему Тарифному соглашению оформляются письменно в виде дополнительного соглашения к настоящему Тарифному соглашению и считаются его неотъемлемой частью.

3. Неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения являются следующие приложения:

3.1. Приложение № 1:

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

3.2. Приложение № 2:

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

3.3. Приложение № 3:

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара.

3.4. Приложение № 4:

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую

помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации.

### 3.5. Приложение № 5:

Тарифы на оплату вызовов за скорую медицинскую помощь, оказываемую вне медицинской организации.

### 3.6. Приложение № 6:

Коэффициенты дифференциации по территориям оказания медицинской помощи в Иркутской области, размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), с учетом коэффициента дифференциации.

### 3.7. Приложение № 7:

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

### 3.8. Приложение № 8:

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.

### 3.9. Приложение № 9:

Тарифы на услуги диализа.

### 3.10. Приложение № 10:

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения.

### 3.11. Приложение № 11:

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях.

### 3.12. Приложение № 12:

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации.

### 3.13. Приложение № 13:

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях.

#### 3.14. Приложение № 14:

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации.

#### 3.15. Приложение № 15:

Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи.

#### 3.16. Приложение № 16:

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации отдельных категорий граждан (детское население).

#### 3.17. Приложение № 17:

Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров.

#### 3.18. Приложение № 18:

Перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ), коэффициенты относительной затратно-емкости КСГ, поправочные коэффициенты (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях).

#### 3.19. Приложение № 19:

Коэффициенты подуровня для оплаты медицинской помощи в стационарных условиях.

#### 3.20. Приложение № 20:

Перечень случаев, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента.

#### 3.21. Приложение № 21:

Перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ), коэффициенты относительной затратно-емкости КСГ, поправочные коэффициенты (для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара).

#### 3.22. Приложение № 22:

Коэффициенты подуровня для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

#### 3.23. Приложение № 23:

Перечень КСГ круглосуточного стационара, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения.

### 3.24. Приложение № 24:

Перечень КСГ дневного стационара, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения.

### 3.25. Приложение № 25:

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи - за посещение, за обращение.

### 3.26. Приложение № 26:

Тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований.

### 3.27. Приложение № 27:

Приложение № 27 "Перечень расходов на оказание медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования".

### 3.28. Приложение № 28:

Перечень фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов.

### 3.29. Приложение № 29:

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного стационара, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц (включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи).

### 3.30. Приложение № 30:

Показатели результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, оплата которой производится по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц.

### 3.31. Приложение № 31:

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи.

### 3.32. Приложение № 32:

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи.

### 3.33. Приложение № 33:

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ круглосуточного стационара.

### 3.34. Приложение № 34:

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ дневного стационара.

### 3.35. Приложение № 35:

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию в условиях круглосуточного стационара.

### 3.36. Приложение № 36:

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию в условиях дневного стационара.

### 3.37. Приложение № 37:

Перечень медицинских организаций (групп медицинских организаций) с указанием показателей результативности, применяемых для указанных медицинских организаций (групп медицинских организаций).

3.38. Приложение № 38 "Перечень расходов на оказание медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, в том числе в разрезе врачей-специалистов".

4. В случаях, не предусмотренных Тарифным соглашением, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

5. С момента оплаты за медицинскую помощь за январь 2025 года утрачивает силу Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области от 29 декабря 2023 года (со всеми дополнительными соглашениями о внесении изменений и дополнений).


6. Настоящее Тарифное соглашение составлено в пяти экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7. Тарифное соглашение и дополнительные соглашения к нему, в том числе

закключаются в электронном виде и подписываются Сторонами посредством использования усиленных квалифицированных электронных подписей.

### ПОДПИСИ СТОРОН

  
\_\_\_\_\_ А.А. Модестов

  
\_\_\_\_\_ К.В. Сосова

  
\_\_\_\_\_ Г.М. Гайдаров

  
\_\_\_\_\_ Е.В. Градобоев

  
\_\_\_\_\_ С.В. Никифорова