

Соглашение № 1 / 2021

об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

от 19.01.2021 года

г. Петропавловск-Камчатский

Оглавление

1. Общие положения.....	3
1.1.	3
1.2.	4
1.3.	4
1.4.	4
2. Способы оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, применяемые в Камчатском крае.....	5
2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:	5
2.1.1.	5
2.1.2.	5
2.1.3.	6
2.1.4.	6
2.1.5.	8
2.1.5.1.	9
2.1.6.	9
2.1.7.	10
2.1.8.	10
2.1.9.	10
2.1.10.	11
2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях)) и в условиях дневного стационара:.....	12
2.2.1.	12
2.2.2.	12
2.2.3.	13
2.2.4.	13
2.2.5.	13
2.2.5.1.	14
2.2.5.2.	14
2.2.5.3.	14
2.2.6.	16
2.2.7.	20
2.2.8.	20
2.2.9.	20
2.2.10.	21
2.2.11.	21
2.2.12.	21
2.2.13.	21
2.3. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.....	22
2.3.1.	22

2.4. 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:	23
2.5.	23
2.6.	23
3. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае	23
3.1. Установить, что тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае формируются дифференцированно по уровням медицинских организаций, по видам и условиям оказания медицинской помощи.	23
3.2.	23
3.2.1.	24
3.2.2.	25
3.3.	25
3.3.1.	25
3.3.2.	26
3.3.3.	26
3.3.3.1.	26
3.3.3.2.	28
3.3.4.	28
3.3.5.	28
3.4. В целях оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с 01.01.2021 года, утвердить в соответствии с приложением 2.2 к настоящему Соглашению:	30
3.4.1.	31
3.4.2.	32
3.4.2.1.	33
3.4.2.2.	33
3.4.2.3.	33
3.4.2.4.	33
3.4.3.	34
3.4.4.	34
3.4.5.	34
3.4.5.1.	34
3.4.5.2.	34
3.4.5.3.	34
3.4.6.	34
3.5. В целях оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях с 01.01.2021 года.	36
3.5.1.	36
3.5.2.	37
3.5.3.	37
3.5.4.	37
3.5.4.1.	38
3.5.4.2.	39
3.5.4.3.	49
3.5.4.4.	49
3.5.5.	49
3.5.6.	49
3.5.7.	50
3.6. В целях оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара с 01.01.2021 года, утвердить в соответствии с приложением 4.1 к настоящему Соглашению:	50
3.6.1.	51

3.6.2.	51
3.6.3.	51
3.6.4.	52
3.6.5.	52
3.7. В целях оплаты скорой медицинской помощи, оказываемой с 01.01.2021 года, утвердить в соответствии с приложением 5.1 к настоящему Соглашению:	52
3.7.1.	52
3.7.2.	53
3.7.3.	53
3.8. В целях оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой соответствующей медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи).	53
3.8.1.	53
3.8.2.	53
3.8.3.	53
4. Размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества	55
4.1.	55
4.2.	55
4.2.1.	55
4.2.2.	56
4.3.	57
4.4.	58
5. Заключительные положения.	58
5.1.	58
5.2.	58
5.3.	59
5.4.	59
5.5.	59

1. Общие положения

1.1. В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» тарифы на оплату медицинской помощи являются предметом соглашения между уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии с № 323-ФЗ, и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Министерство здравоохранения Камчатского края в лице Врио Министра Кузьмина Андрея Валерьевича,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края в лице Врио директора Александрович Натальи Николаевны,

Камчатский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» в лице директора Болдышевской Алёны Николаевны,

НП «Камчатская медицинская ассоциация» в лице главного врача ГБУЗ КК «Петропавловск-Камчатская городская больница №1» Вайнес Ирины Николаевны,

Камчатская краевая организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице Первого заместителя Председателя Федерации профсоюзов Камчатки, председателя Камчатской краевой организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Покрищук Ларисы Ивановны

в дальнейшем совместно именуемые Стороны, в целях реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, являющейся составной частью Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края, утвержденной постановлением Правительства Камчатского края от 29.12.2020 № 549-П «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов», в пределах бюджетных ассигнований, утвержденных Законом Камчатского края от 03.12.2020 № 531 «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Камчатского края на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» заключили настоящее Соглашение об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Соглашение).

1.2. Предметом настоящего Соглашения являются способы оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, применяемые в Камчатском крае (раздел 2 настоящего Соглашения) на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае (раздел 3 настоящего Соглашения) на 2021 год, 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 (раздел 4 настоящего Соглашения) на 2021 год.

1.3. Настоящее Соглашение составлено с учетом Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленных приказом Минздрава России от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

1.4. Оплата медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Камчатского края, медицинскими организациями, осуществляющими

деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Камчатском крае (за исключением медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»), производится по видам, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, по способам оплаты, установленным территориальной программой обязательного медицинского страхования в Камчатском крае на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, и по тарифам, установленным настоящим Соглашением.

2. Способы оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, применяемые в Камчатском крае

В Камчатском крае в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, утвержденной в составе Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, применяются следующие способы оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию:

2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

2.1.1. При оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся застрахованных по ОМС лиц, в центрах здоровья, при оплате консультативных посещений, при проведении отдельных диагностических (лабораторных) исследований, при оплате посещений по неотложной медицинской помощи, при оплате медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования – по тарифам за единицу объема медицинской помощи:

- медицинскую услугу (исследование, услуга диализа);
- за посещение (с иными целями, по неотложной медицинской помощи);
- за комплексное посещение в центрах здоровья;
- за обращение (законченный случай по поводу заболевания).

2.1.2. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся застрахованных по ОМС лиц, – 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, патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических

заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

2.1.3. При оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, – **по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации.** Указанный способ оплаты учитывает критерии соответствия фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению.

2.1.4. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, единицей объема является комплексное посещение.

При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях с иными целями, а также в связи с оказанием неотложной помощи единицей объема является посещение.

К посещениям с иными целями относятся:

- посещения для проведения диспансерного наблюдения (за исключением 1-го посещения в текущем году);
- посещения центров здоровья;
- посещения по поводу осмотров при решении вопроса о проведении профилактических прививок (при условии, что во время осмотра у пациента не будет выявлено заболеваний), врачебный осмотр для выдачи справки (за исключением справки о болезни);
- патронажное посещение здоровых детей первого года жизни, обходы врачей инфекционистов во время вспышки инфекционных заболеваний;
- профилактический осмотр при оказании стоматологической помощи, не предусмотренный в составе комплексного посещения;
- разовые посещения в связи с заболеванием, консультативные посещения;
- случаи, когда при оказании амбулаторной помощи по поводу заболевания пациент не явился на повторный прием;
- разовое посещение в течение месяца к врачу-педиатру при осуществлении катamnестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией при условии отсутствия необходимости в осмотрах врачами-специалистами.

Консультативным посещением считается направление от однопрофильного специалиста к однопрофильному специалисту в медицинское учреждение, оказывающее медицинскую помощь более высокого уровня. Направление должно содержать предварительный диагноз, цель направления и результаты обследований, необходимых для диагностики данного заболевания в объеме возможностей направившего медицинского учреждения.

В случае отсутствия в муниципальном образовании врача соответствующей специальности, направление на консультацию может быть оформлено районным врачом-терапевтом, районным врачом-педиатром или врачом общей практики, заверенное руководителем учреждения или его заместителем.

Консультативные посещения проводятся в следующих медицинских организациях:

- ГБУЗ «Камчатская краевая больница им. А.С. Лукашевского»;
- ГБУЗ «Камчатская краевая детская больница»;
- ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер»;
- ГБУЗ «Камчатский краевой кожно-венерологический диспансер»;
- ГБУЗ «Камчатский краевой кардиологический диспансер»;
- ГБУЗ «Камчатский краевой родильный дом»;
- ГБУЗ «Камчатский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями».

Консультативным посещением считается также дистанционная медицинская консультация ПАЦИЕНТА врачом-специалистом, проведенная в плановом режиме в телемедицинском центре (телемедицинская консультация).

Телемедицинская консультация пациента учитывается как 1 посещение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи медицинской организацией, организовавшей консультацию, с обязательным соблюдением требований, установленных пунктом 2.1.7 настоящего Соглашения, и подлежит оплате только при условии оформления в установленном порядке первичной медицинской документации, а также Протокола телемедицинской консультации консультирующим специалистом. В случае, если в ходе проведения телемедицинской консультации пациент направлен на дообследование, с указанием необходимости проведения повторной консультации, оплате подлежит только 1 посещение (окончательное) с применением телемедицинских технологий, в ходе которого пациенту даны рекомендации по поводу заболевания.

Медицинская организация, оформившая направление на телемедицинскую консультацию пациента, не учитывает проведенную в телемедицинском пункте консультацию как посещение и не предъявляет её к оплате в страховые медицинские организации и в территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края.

При проведении телемедицинской консультации пациента, предъявляемой к оплате как консультативное посещение, не допускается пересечение сроков проведения телемедицинской консультации и сроков оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров в медицинской организации, направившей на консультацию. Осмотры специалистов, необходимые для диагностики и лечения заболевания в условиях круглосуточного

и дневного стационара в соответствии с утвержденными протоколами и стандартами уже включены в тариф законченного случая.

2.1.5. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по поводу заболевания единицей объема является обращение. Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (за исключением стоматологической помощи).

Обращение по поводу заболевания включает в себя сумму всех посещений к соответствующему врачу (среднему медицинскому персоналу, ведущему самостоятельный прием) по поводу одного заболевания, в том числе:

- посещения, когда у обратившегося выявлено заболевание;
- посещения для лечения;
- посещения больными для проведения врачебного осмотра в связи открытием и закрытием листка нетрудоспособности, получением справки о болезни ребенка, направлением на аборт по медицинским показаниям, по поводу патологии беременности, после аборт по медицинским показаниям;
- консультативные посещения к специалистам в медицинские организации, определенные пунктом 2.1.4;
- посещения в связи с проведением диализа в порядке, определенном пунктом 2.1.9;
- посещение в приемно смотровом фильтр-боксе детской поликлиники (отделения) к врачу-педиатру либо врачу-инфекционисту для осмотра, установления диагноза, решения вопроса о дальнейшем лечении, с последующими повторными посещениями к врачу-педиатру (врачу-педиатру участковому) по участковому принципу;
- все посещения в течение одного месяца к врачу-педиатру и врачам-специалистам при осуществлении катamnестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией (комплексная услуга). Все посещения учитываются как один законченный случай (обращение по поводу заболевания) с отражением в составе одного законченного случая нескольких случаев оказания медицинской помощи по соответствующим профилям;
- все посещения в рамках одного повода обращения в случае, когда врач при проведении осмотра только заподозрил заболевание, но диагноза не поставил и направил пациента к соответствующему специалисту другого профиля в пределах одной медицинской организации для установки диагноза. Посещение у врача, проводившего осмотр, и посещение у консультирующего специалиста учитываются как один законченный случай (обращение по поводу заболевания) с отражением в составе одного законченного случая нескольких случаев оказания медицинской помощи по соответствующим профилям;
- все посещения в рамках одного повода обращения при оформлении направления на плановую госпитализацию, направления на МСЭ, при оформлении санаторно-курортной карты, при оформлении медицинской карты ребенка, медицинской справки в организации отдыха детей и их оздоровления, включая посещения к врачу-педиатру участковому, врачу-терапевту участковому, а также

посещения к врачам-специалистам, осмотры которых являются обязательными для оформления направления на плановую госпитализацию. Все посещения учитываются как один законченный случай (обращение по поводу заболевания) с отражением в составе одного законченного случая нескольких случаев оказания медицинской помощи по соответствующим профилям;

- медицинскую реабилитацию пациентов в амбулаторных условиях (третий этап). Медицинская реабилитация на третьем этапе осуществляется пациентам, независимым в повседневной жизни при осуществлении самообслуживания, общения и самостоятельного перемещения (или с дополнительными средствами опоры), при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала).

2.1.5.1. При оказании медицинской помощи по поводу заболевания в амбулаторных условиях с обоснованным сроком лечения свыше 30 дней завершением повода обращения по заболеванию в целях оплаты медицинской помощи считать:

- пройденный курс лечения по одной специальности у одного специалиста;
- пройденный курс лекарственной терапии;
- лечение в течение месяца с кратностью посещений не менее 2.

2.1.6. Для оплаты стоматологической медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, единицами объема являются:

- посещение с иными целями при проведении профилактического осмотра, не предусмотренного в составе комплексного посещения;
- посещение в связи с оказанием неотложной помощи;
- обращение по поводу заболевания.

При этом, стоимость обращения по поводу заболевания корректируется с учетом фактически выполненных комплексных услуг, входящих в обращение по поводу заболевания.

При оказании стоматологической помощи по поводу заболевания в амбулаторных условиях необходимо соблюдать принцип максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение.

В целях оплаты за счет средств обязательного медицинского страхования формируется обращение по поводу заболевания в стоматологии, которое включает в себя все посещения по поводу заболевания по одной медицинской специальности, включая посещения смотрового кабинета (при наличии), до момента пока повод обращения не завершен.

Завершением повода обращения считать:

- пройденный курс лечения по одной специальности у одного специалиста до состояния выздоровления (санации);
- неявка пациента;
- отказ пациента от дальнейшего прохождения курса лечения.

В случае, если при оказании стоматологической помощи по заболеванию выполнено лечение у специалистов разных профилей, посещение смотрового кабинета и объем оказанной в нём медицинской помощи включается в стоимость

обращения только по одной специальности с указанием соответствующих сведений о выполненных услугах.

2.1.7. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях независимо от цели посещения запись о врачебном осмотре пациента является обязательной. Врачебный осмотр должен быть зафиксирован в амбулаторной медицинской карте с описанием осмотра пациента и последующими рекомендациями: профилактика, диагностика или лечение заболевания. Отсутствие в медицинской карте записи, отражающей врачебный осмотр, консультацию пациента служит основанием для отказа в оплате медицинской помощи.

Посещения в течение дня больным врача одной специальности учитываются и подлежат оплате как одно посещение.

Не подлежат оплате и учету как посещения врачей: обследования в рентгеновских кабинетах, лабораториях и т.д.; консультации и экспертизы, проводимые врачебными комиссиями; осмотр заведующим отделением.

Осмотр пациента заведующим отделением и (или) заместителем главного врача по медицинской части учитывается как врачебное посещение только в тех случаях, когда он проводит самостоятельный врачебный прием с последующей его записью в медицинской карте амбулаторного больного (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи).

Посещения по поводу врачебных осмотров для выдачи справки (за исключением справки о болезни) в случае оформления справки в другой день в связи с ожиданием данных лабораторных исследований, назначенных пациенту в день посещения, учитываются и подлежат оплате как одно посещение.

Посещение по поводу диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включает в себя осмотр и консультацию врача, а также комплекс необходимых исследований. Дополнительно к стоимости посещения по поводу диспансерного наблюдения оплачиваются: проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии.

2.1.8. Медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью (комплексное посещение), посещений с иными целями, в связи с оказанием неотложной медицинской помощи и обращений по поводу заболеваний.

2.1.9. При оказании медицинской помощи по заболеванию в амбулаторных условиях с применением методов диализа единицами объёма являются обращение и услуга диализа (сеанс гемодиализа, день обмена при проведении перитонеального диализа). Оплата производится в пределах согласованных

объёмов исходя из стоимости услуг диализа и их фактического выполненного количества в течение одного месяца. При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС) с учетом норм, установленных приказом Минздрава России от 14.01.2019 № 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения», в части установления запрета на выписку рецептов на лекарственные препараты, которые в соответствии с инструкцией по медицинскому применению используются только в медицинских организациях.

Учитывая постоянный характер проводимого лечения, рекомендуется ведение одной амбулаторной карты диализного больного в течение календарного года (в том числе и в случае ведения электронной амбулаторной карты), несмотря на количество законченных случаев лечения по данной нозологии у конкретного пациента (с момента начала проведения диализа в текущем году до 31 декабря текущего года). При проведении экспертизы качества медицинской помощи необходимо оценивать обязательность проведения в полном объеме процедур диализа на основе порядков оказания медицинской помощи, утвержденных Минздравом России, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанных и утвержденных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями. Отсутствие в медицинской карте соответствующей записи о проведенном диализе служит основанием для отказа в оплате медицинской помощи.

2.1.10. Оплата медицинской помощи, оказываемой врачами отделений (кабинетов) организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях, осуществляется в общем порядке, установленном для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

Сведения обо всех случаях оказания медицинской помощи в образовательном учреждении, должны быть подтверждены записями в медицинской документации по форме № 026/у-2000 «Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов».

Отсутствие в медицинской карте записи, отражающей врачебный осмотр, консультацию пациента, выполненную услугу служит основанием для отказа в оплате медицинской помощи.

В целях формирования реестров счетов на оплату оказанной в образовательных учреждениях медицинской помощи вместо Талона пациента заполняется журнал учета оказанной медицинской помощи детям в образовательных учреждениях.

2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях)) и в условиях дневного стационара:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ);
- за медицинскую услугу при оплате услуг диализа;
- за прерванный случай оказания медицинской помощи при заболевании, состоянии, включенном в КСГ;
- за законченный случай при условии применения видов и методов медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Способ оплаты медицинской помощи за прерванный случай её оказания применяется при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации, при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

Оплата за счет средств ОМС медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, по КСГ осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, на которые установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;
- услуг диализа, оплата которых предусмотрена в форме составного компонента оплаты, применяемого дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации.

2.2.1. Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств ОМС.

2.2.2. Для больных круглосуточного стационара день поступления и день выписки считается за 1 койко-день. Больных, направленных в круглосуточный стационар из дневного и наоборот, считать выписанными и поступившими (в соответствии с приказом Минздрава РФ от 13.11.2003 № 545 «Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации»).

2.2.3. Для больных в условиях дневного стационара день поступления и день выписки считаются за 2 дня (в соответствии с приказом Минздрава РФ от 13.11.2003 № 545 «Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации»).

2.2.4. Затраты медицинской организации по лечению больных, госпитализированных в плановом порядке, возмещаются страховой медицинской организацией только при наличии направления врача амбулаторно-поликлинического учреждения, участвующего в реализации Территориальной программы ОМС, оформленного в установленном порядке и заверенного подписью заведующего отделением с обязательной регистрацией в журнале направлений на стационарное лечение.

При оформлении направления на медицинскую реабилитацию в стационарных условиях и на медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара в направлении в обязательном порядке указываются:

- оценка пациента по Шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ);
- перспектива восстановления функций (реабилитационный потенциал) пациента;
- цели проведения реабилитационных мероприятий, на которые направляется пациент.

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

- Диагноз (код диагноза в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» (далее – МКБ 10);
- Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);
- Схема лекарственной терапии;
- МНН лекарственного препарата;
- Возрастная категория пациента;
- Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ 10);
- 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;
- Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг

(искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);

- Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- Пол;
- Длительность лечения;
- Этап проведения экстракорпорального оплодотворения;
- Показания к применению лекарственного препарата;
- Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;
- Степень тяжести заболевания.

Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ 10, являющийся основным поводом к госпитализации.

2.2.5.1. При оказании медицинской помощи пациентам с установленным диагнозом злокачественного новообразования в медицинских организациях, не оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «Онкология» или «Детская онкология», по поводу патологии, не входящей в группу «Злокачественные новообразования» МКБ-10, а также не относящейся к онкологическим хирургическим группам, оплата осуществляется с учетом следующих особенностей:

– «основным» заболеванием считают то, на долю которого пришлось наибольшая часть использованных медицинских ресурсов (т.е. основным является диагноз, не относящийся к группе «Злокачественные новообразования», даже в тех случаях, когда лечение проводилось по поводу осложнения онкологических заболеваний);

– оплата осуществляется по КСГ, сформированной исходя из кода основного диагноза, либо исходя из кода Номенклатуры, являющегося основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

2.2.5.2. При формировании реестра счета в части оказанной стационарной медицинской помощи и медицинской помощи в условиях дневного стационара допускается указание кодов только тех услуг, которые являются основным классификационным критерием для КСГ, предъявленной к оплате, в соответствии с настоящим Соглашением.

Дополнительно заполняются сведения:

– об оказанных услугах диализа в порядке, установленном настоящим Соглашением;

– о проведенных хирургических операциях в случаях предъявления к оплате по КСГ, сформированной по диагнозу, в связи с более низкой затратоемкостью КСГ, к которой данный случай был отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре, по сравнению с затратоемкостью КСГ, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10.

2.2.5.3. В ряде случаев, если пациенту при оказании медицинской помощи в круглосуточном стационаре оказывалось оперативное лечение, но затратоемкость

группы, к которой данный случай был отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре, меньше затратоемкости группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10, оплата осуществляется по группе, сформированной по диагнозу.

Утвердить перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги, в соответствии с таблицей 1:

Таблица 1

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
№	Наименование КСГ, сформированной по услуге	КЗ	№	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	КЗ
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	st02.008	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)	0,58	st02.008	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	st02.009	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов	0,46
st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	0,84	st04.002	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	1,74	st04.002	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,49	st21.007	Болезни глаза	0,51
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	st34.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	0,89
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	st26.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	0,79

В дневном стационаре возможность выбора между группами, сформированными по диагнозу или услуге, отсутствует. Если оказывалась услуга,

являющаяся классификационным критерием, то оплата осуществляется по КСГ, сформированной по услуге.

При наличии нескольких хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет наиболее высокий коэффициент относительной затратоемкости.

2.2.6. В целях более эффективной оплаты медицинской помощи к прерванным случаям оказания медицинской помощи помимо случаев лечения, которые заканчиваются переводом пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выпиской пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальным исходом, при проведении диагностических исследований в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, которые являются прерванными в соответствии со способом оплаты, установленным Территориальной программой ОМС, относятся также законченные случаи лечения, длительность которых составляет 3 дня и менее.

Настоящим Соглашением утвержден перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения в соответствии с Территориальной программой ОМС) по КСГ, перечисленным в таблице 2, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

Утвердить перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, в соответствии с таблицей 2:

Таблица 2

№ КСГ	Наименование КСГ
Круглосуточный стационар	
st02.001	Осложнения, связанные с беременностью
st02.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
st03.002	Ангинебротический отек, анафилактический шок
st05.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе*
st08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети*
st08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
st08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
st12.010	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые

№ КСГ	Наименование КСГ
st12.011	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
st16.005	Сотрясение головного мозга
st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st19.038	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
st19.062	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
st19.063	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
st19.064	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
st19.065	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
st19.066	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
st19.067	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
st19.068	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
st19.069	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
st19.070	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
st19.071	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
st19.072	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*
st19.073	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*
st19.074	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
st19.090	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения, взрослые (уровень 1)
st19.094	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
st19.097	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
st19.100	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4)
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)

№ КСГ	Наименование КСГ
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st27.012	Отравления и другие воздействия внешних причин
st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
st30.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
st30.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
st30.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
st30.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
st31.017	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
st32.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
st32.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
st32.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
st36.003	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация
Дневной стационар	
ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.007	Аборт медикаментозный
ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе*
ds08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети*
ds08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
ds08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
ds15.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
ds19.028	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
ds19.029	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ
ds19.033	Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования
ds19.037	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
ds19.038	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*

№ КСГ	Наименование КСГ
ds19.039	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
ds19.040	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
ds19.041	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
ds19.042	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
ds19.043	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
ds19.044	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
ds19.045	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
ds19.046	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
ds19.047	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*
ds19.048	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*
ds19.049	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
ds19.063	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения, взрослые (уровень 1)
ds19.067	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
ds19.071	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
ds19.075	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
ds20.006	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
ds25.001	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
ds27.001	Отравления и другие воздействия внешних причин
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
ds36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
ds36.004	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*

<*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения.

В случае если фактическое количество дней введения в рамках случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Оплата прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

2.2.7. Оплата законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара и в условиях дневного стационара производится в соответствии с диагнозом основного заболевания без учета мероприятий, выполненных в плановом порядке по поводу сопутствующего заболевания.

2.2.8. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев.

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

2.2.9. В случае перевода больного из круглосуточного стационара на койки дневного пребывания на долечивание, оплата производится по законченному случаю отдельно по круглосуточному стационару, и отдельно - по дневному стационару.

При этом, обязательными условиями для перевода на долечивание являются:

– выполнение в круглосуточном стационаре всех необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;

– необходимость медицинского наблюдения и лечения в дневное время, но не требующее круглосуточного наблюдения и лечения.

Если в круглосуточном стационаре случай (без выполнения хирургической операции) был прерван (при переводе пациента в пределах одной медицинской организации, при переводе пациента в другую медицинскую организацию, при преждевременной выписке пациента из медицинской организации по инициативе ЛПУ, при его письменном отказе от дальнейшего лечения, при самовольном уходе) и пациент направлен на лечение в дневной стационар оплата производится только за законченный случай в условиях дневного стационара. При этом, если пациенту в круглосуточном стационаре была выполнена хирургическая операция, оплата производится по законченному случаю отдельно по круглосуточному стационару, и отдельно – по дневному стационару.

2.2.10. Оплата за оказанную медицинскую помощь в дневных стационарах в субботу и воскресенье производится только при наличии приказа по медицинскому учреждению, определяющему режим работы данных подразделений в выходные дни.

2.2.11. В случаях оказания медицинской помощи в приемном отделении круглосуточного стационара либо в диагностических и лечебных отделениях стационара больницы при условии наблюдения за состоянием здоровья пациентов до 24 часов и при условии непроведения в указанный период времени хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии, единицей объема является посещение.

Для оплаты медицинской помощи применяется соответствующий тариф посещения по неотложной медицинской помощи. Стоимость указанной медицинской помощи учитывается в общей стоимости неотложной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией.

В случае проведения в течение указанных 24 часов пребывания пациента в круглосуточном стационаре хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии оплата осуществляется по стоимости КСГ круглосуточного стационара. Случай учитывается как прерванный случай стационарной помощи.

2.2.12. Не допускается пересечение сроков стационарного и амбулаторно-поликлинического лечения. Осмотры специалистов, необходимые для диагностики и лечения заболевания в соответствии с утвержденными протоколами и стандартами уже включены в тариф законченного случая.

2.2.13. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара и в условиях дневного стационара, стоимость услуг диализа, с учетом их фактически выполненного количества, является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения. В случае проведения процедур гемодиализа и гемодиализаfiltrации пациенту, находящемуся на лечении в условиях круглосуточного стационара или в условиях дневного стационара в медицинской организации, в которой отсутствует возможность для проведения диализа (далее – МО-заказчик), оплата осуществляется по КСГ, сформированной исходя из классификационных критериев по лечению основного заболевания, с учетом стоимости фактически выполненного количества услуг диализа. Расчеты между МО-заказчиком и медицинской организацией, оказавшей услуги диализа, осуществляются на основании заключенных в порядке межучрежденческих расчетов гражданско-правовых договоров.

Учитывая установленный способ оплаты – за законченный случай лечения, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество услуг диализа в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы ОМС, за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения.

При проведении лекарственной терапии в связи с лечением и профилактикой осложнений диализа (эритропоэз стимулирующие препараты, препараты железа, фосфат связывающие вещества, кальцимитетики и др.) оплата медицинской помощи в условиях дневного стационара осуществляется по КСГ ds18.002 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ». При этом стоимость услуги диализа, с учетом количества фактически выполненных услуг, прибавляется в рамках одного случая лечения.

При проведении экспертизы качества медицинской помощи необходимо оценивать обязательность проведения в полном объеме процедур диализа и проводимого в полном объеме лечения, направленного на профилактику осложнений, помимо процедур диализа.

2.3. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации:

по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи – при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) гражданам, застрахованным в Камчатском крае.

2.3.1. Установить, что оплата скорой медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Камчатского края, осуществляется по тарифу за 1 вызов скорой медицинской помощи, установленному в соответствии с приложением 5.3 к настоящему Соглашению.

2.4. 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:

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 (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи).

При использовании указанного способа оплаты проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов осуществляется способами, указанными в пунктах 2.1.1 и 2.1.3 настоящего Соглашения.

2.5. Утвердить Перечень способов оплаты медицинской помощи, используемых при оплате медицинской помощи, оказываемой каждой медицинской организацией в разрезе отдельных условий, видов и форм оказания медицинской помощи, а также структурных подразделений, входящих в состав медицинской организации, в соответствии с приложением 1 к настоящему Соглашению.

2.6. Установить, что оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, работающими в системе ОМС, осуществляется по тарифам и способам оплаты, действующим в Камчатском крае на дату завершения случая оказания медицинской помощи.

3. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае

3.1. Установить, что тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае формируются

дифференцированно по уровням медицинских организаций, по видам и условиям оказания медицинской помощи.

3.2. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленные для оплаты высокотехнологичной медицинской помощи, включают в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств.

3.2.1. В состав тарифа на оплату медицинской помощи в части расходов на заработную плату включено финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежных выплат:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

медицинским работникам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов

(заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам, 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.

3.2.2. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию обеспечивают выполнение в 2021 году целевых значений соотношения заработной платы отдельных категорий медицинских работников к средней заработной плате в Камчатском крае (с учетом всех источников, образующих фонд оплаты труда в медицинском учреждении):

200% – по врачам и иным работникам медицинских учреждений, имеющим высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг),

100% – по среднему медицинскому (фармацевтическому) персоналу (персоналу, обеспечивающему условия для предоставления медицинских услуг).

3.3. В целях выполнения стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания, утвердить тарифы на отдельные диагностические услуги, подлежащие оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, в соответствии с приложением 7 к настоящему Соглашению в пределах объемов соответствующих диагностических услуг, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Камчатском крае.

3.3.1. Установить, что оплата страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом диагностических исследований в соответствии с приложением 7 осуществляется при наличии направления врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний.

Порядок направления на компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии устанавливается нормативным правовым актом Министерства здравоохранения Камчатского края.

Проведение экспертного ультразвукового исследования на базе межмуниципальных кабинетов пренатальной диагностики внутриутробных нарушений развития ребенка осуществляется в соответствии с Порядком

организации пренатальной диагностики нарушений внутриутробного развития ребенка на ранних сроках беременности у беременных женщин в Камчатском крае, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Камчатского края.

3.3.2. Установить, что тариф на патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала устанавливается на исследование биопсийного (операционного и диагностического) материала, полученного от пациента в рамках одного посещения (обращения, госпитализации) по поводу одного заболевания, и включает все этапы и дополнительные методы исследования, назначенные врачом-патологоанатомом, за исключением иммуногистохимических тестов (PDL1, ALK, HER2) и молекулярно-генетических исследований. Иммуногистохимические тесты (PDL1, ALK, HER2) и молекулярно-генетические исследования оплачиваются отдельно.

Установить, что тариф на 1 молекулярно-генетическое исследование с целью выявления онкологических заболеваний устанавливается на комплексное исследование одной зоны интереса биопсийного (операционного и диагностического) материала с постановкой всех необходимых тестов для данного вида опухоли в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению онкологических заболеваний, и включает расходы на оплату транспортных услуг в целях доставки диагностического материала к месту исследования и расходы на хранение образца.

3.3.3. На базе централизованной клинико-диагностической лаборатории II уровня ГБУЗ «Камчатский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» и микробиологической лаборатории ГБУЗ «Камчатская краевая детская инфекционная больница» установить тарифы на лабораторные исследования в соответствии с приложением 8 к настоящему Соглашению.

Установить, что оплата лабораторных исследований, проведенных при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным по ОМС на территории Камчатского края, по направлениям медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на текущий год, и работающих на территории Камчатского края, осуществляется страховыми медицинскими организациями на основании предъявленного к оплате счета и реестра счета ГБУЗ «Камчатский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» и ГБУЗ «Камчатская краевая детская инфекционная больница» в пределах утвержденных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов указанных лабораторных исследований.

Оплата страховыми медицинскими организациями лабораторных исследований, проведенных на базе централизованной клинико-диагностической лаборатории II уровня ГБУЗ «Камчатский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» и микробиологической лаборатории ГБУЗ «Камчатская краевая детская инфекционная больница» (далее – централизованные лаборатории), осуществляется после проведения контроля

страховой медицинской организацией и поступления в страховую медицинскую организацию подписанного акта сверки между медицинскими организациями, направившими на лабораторные исследования, и централизованными лабораториями. Оплата страховыми медицинскими организациями лабораторных исследований осуществляется за счет уменьшения объема финансирования медицинской организации, направившей на лабораторные исследования, по тому условию оказания медицинской помощи, в рамках которого оформлено направление на лабораторное исследование:

- по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (в части обращений по заболеванию) гражданам, застрахованным в Камчатском крае в соответствующем месяце;
- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включающему оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой соответствующей медицинской организацией медицинской помощи (в части соответствующих условий оказания медицинской помощи) гражданам, застрахованным в Камчатском крае в соответствующем месяце;
- амбулаторной медицинской помощи в части обращений по заболеванию;
- стационарной медицинской помощи;
- медицинской помощи в условиях дневного стационара.

При проведении между медицинскими организациями поименной сверки списков граждан, по которым были оформлены направления медицинской организацией-фондодержателем, и сверки объемов проведенных лабораторных исследований в разрезе оплачиваемых медицинских услуг, спорные случаи не могут быть включены в счет и реестр счета централизованных лабораторий до устранения разногласий с медицинской организацией-фондодержателем.

Установить, что централизованные лаборатории направляют в течение 2 рабочих дней в медицинские организации-фондодержатели акты сверки произведенных лабораторных исследований по состоянию на 01 число месяца, следующего за отчетным. Акт сверки произведенных лабораторных исследований формируется централизованной лабораторией в электронном виде и подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица. Приложением к акту сверки произведенных лабораторных исследований являются поименные списки пациентов, в отношении которых были оформлены направления медицинскими организациями-фондодержателями, с указанием объемов проведенных лабораторных исследований в разрезе оплачиваемых медицинских услуг (предоставляются в электронном виде в соответствии с требованиями, установленными приложением к «Порядку информационного взаимодействия при формировании счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае»).

Медицинские организации-фондодержатели подписывают акты сверки произведенных лабораторных исследований усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица в течение 2 рабочих дней после

получения соответствующих актов сверки с приложением поименных списков, и направляют подписанные акты сверки в электронном виде в централизованную лабораторию в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным.

Оплата лабораторных исследований, произведенных централизованными лабораториями, по направлениям медицинских организаций гражданам, застрахованным за пределами Камчатского края, осуществляется в порядке межучрежденческих расчетов по гражданско-правовым договорам.

3.3.3.1. При оказании медицинской помощи и проведении профилактических осмотров населения медицинскими работниками в составе «выездных бригад», организованных в соответствии с Постановлением Правительства Камчатского края от 07.04.2008 № 85-П «Об организации предоставления государственных услуг и государственных функций методом «выездных бригад», оплата лабораторных исследований осуществляется страховой медицинской организацией исполнителю услуги – медицинской организации, направившей врача в составе «выездной бригады», на основании предъявленного к оплате счета и реестра счета, в порядке, аналогичном предусмотренному пунктом 3.3.3 настоящего Соглашения, с последующим уменьшением объема финансирования медицинской организации-фондодержателя по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в Камчатском крае, в соответствующем месяце. Обязательное условие для оплаты лабораторных исследований в установленном порядке – проведение соответствующих лабораторных исследований на оборудовании медицинской организации, направившей врача в составе «выездной бригады», и с использованием реактивов, химикатов, расходных материалов, предоставленных медицинской организацией, направившей врача в составе «выездной бригады».

3.3.3.2. Установить, что с 01.01.2021 года цитологические исследования на базе ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер» оплачиваются в порядке, предусмотренном пунктом 3.3.3 настоящего Соглашения, по тарифу за 1 цитологическое исследование – 600,84 рублей.

3.3.4. Учитывая, что в стоимости КСГ в рамках оказанной медицинской помощи **в стационарных условиях и в условиях дневного стационара** уже учтено проведение диагностических исследований, установить с 01.01.2021 года следующий порядок расчетов за проведенные исследования:

в случаях, когда диагностические исследования, содержащиеся в перечне приложения 7 к настоящему Соглашению, проводятся медицинскими организациями-исполнителями по направлениям от медицинских организаций-заказчиков (далее – МО-фондодержателей), осуществляющих деятельность в сфере ОМС, при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара **лицам, застрахованным по ОМС на территории Камчатского края**, оплата диагностических исследований осуществляется страховыми медицинскими организациями на основании предъявленного к оплате счета и реестра счета медицинской организации-исполнителя в пределах утвержденных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов указанных диагностических

исследований по тарифам, установленным приложением 7 к настоящему Соглашению.

Оплата страховыми медицинскими организациями диагностических услуг осуществляется после проведения контроля страховой медицинской организацией и поступления в страховую медицинскую организацию подписанного акта сверки между МО-фондодержателем и МО-исполнителями. Оплата страховыми медицинскими организациями диагностических услуг за пациентов, находящихся на стационарном лечении или на лечении в условиях дневного стационара осуществляется за счет уменьшения объема финансирования МО-фондодержателя по тому условию оказания медицинской помощи, в рамках которого оформлено направление на исследование:

- стационарной медицинской помощи;
- медицинской помощи в условиях дневного стационара.

При проведении между медицинскими организациями поименной сверки списков граждан, по которым были оформлены направления МО-фондодержателем, и сверки объемов проведенных диагностических исследований в разрезе оплачиваемых медицинских услуг, спорные случаи не могут быть включены в счет и реестр счета МО-исполнителя до устранения разногласий с МО-фондодержателем.

Установить, что МО-исполнители направляют в течение 2 рабочих дней в медицинские организации-фондодержатели акты сверки произведенных диагностических исследований по состоянию на 01 число месяца, следующего за отчетным, по установленной форме. Акт сверки произведенных исследований формируется МО-исполнителем в электронном виде и подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица. Приложением к акту сверки произведенных исследований являются поименные списки пациентов, в отношении которых были оформлены направления медицинскими организациями-фондодержателями, с указанием объемов проведенных исследований в разрезе оплачиваемых медицинских услуг (предоставляются в электронном виде в соответствии с требованиями, установленными приложением 1 к «Порядку информационного взаимодействия при формировании счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае»).

Медицинские организации-фондодержатели подписывают акты сверки проведенных диагностических исследований усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица в течение 2 рабочих дней после получения соответствующих актов сверки с приложением поименных списков, и направляют подписанные акты сверки в электронном виде МО-исполнителю в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным.

Оплата отдельных диагностических исследований в рамках оказания стационарной медицинской помощи и медицинской помощи в условиях дневного стационара по направлениям медицинских организаций гражданам, застрахованным за пределами Камчатского края, осуществляется в порядке межучрежденческих расчетов по гражданско-правовым договорам.

3.3.5. При проведении телемедицинских врачебных консультаций (консультирование врачей, фельдшеров ФАПов, пациентов) в плановом режиме на территории Камчатского края в порядке, установленном Министерством здравоохранения Камчатского края, в случае проведения указанной консультации в период оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара в медицинской организации, оформившей направление на телемедицинскую консультацию:

услуга «Телемедицинская консультация врача-специалиста», оказанная на территории Камчатского края медицинской организацией, имеющей телемедицинский центр для проведения профильных медицинских консультаций (далее – МО-исполнитель), включается в реестр счета и счет на оплату оказанной медицинской помощи МО-исполнителя, предъявляемый в страховые медицинские организации, с указанием кода услуги B01.099.001.

Установить тариф за услугу по коду B01.099.001 «Телемедицинская консультация врача-специалиста» в размере 740 рублей.

Оплата страховыми медицинскими организациями услуги «Телемедицинская консультация врача-специалиста» осуществляется за счет уменьшения объема финансирования медицинской организации-фондодержателя (медицинской организации, оформившей заявку на телемедицинскую консультацию) по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи.

Оплата телемедицинских консультаций гражданам, застрахованным за пределами Камчатского края, осуществляется в порядке межучрежденческих расчетов по гражданско-правовым договорам.

3.4. В целях оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с 01.01.2021 года, утвердить в соответствии с приложением 2.2 к настоящему Соглашению:

- размер среднего подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на год;
- значение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, к базовому нормативу финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, исключающего влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи (включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), 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, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах;

- размер базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на год;
- значения коэффициента специфики оказания амбулаторной медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторной помощи;
- значения коэффициента уровня оказания амбулаторной медицинской помощи, включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации);
- значения 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;
- значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторной помощи на год.

Утвердить Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай по поводу заболевания)) в 2021 году в соответствии с приложением 2.1 к настоящему Соглашению.

3.4.1. Установить, что при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, применяется коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (КД):

Таблица 3

Медицинские организации по территории оказания медицинской помощи	Коэффициент, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»	Коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, приведенный к 1 по средневзвешенному значению, и применяемый к тарифам при оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (КД)
Медицинские организации, расположенные на территории Камчатского края (за исключением Корякского округа и Алеутского муниципального района)	3,03	0,9934
Медицинские организации, расположенные на территории Корякского округа	3,17	1,0393
Медицинские организации, расположенные на территории Алеутского муниципального района	3,45	1,1311

Медицинские организации, расположенные на территории г.Москва	1,00	0,3279
---	------	--------

3.4.2. Утвердить тарифы за комплексное посещение при проведении профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, в соответствии с приложением 2.6 к настоящему Соглашению, **тарифы за комплексное посещение в выходные дни** при проведении профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, в соответствии с приложением 2.6.1.

3.4.2.1. Установить, что стоимость комплексного посещения второго этапа диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, а также медицинских осмотров несовершеннолетних определяется как суммарная стоимость посещений к соответствующему врачу-специалисту по тарифам в соответствии с приложением 2.4 к настоящему Соглашению.

Установить, что стоимость комплексного посещения второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения определяется как суммарная стоимость посещений к соответствующему врачу-специалисту и диагностических исследований по тарифам в соответствии с приложением 2.6 к настоящему Соглашению.

3.4.2.2. Установить повышающий коэффициент к стоимости комплексного посещения в размере 1,1 при проведении диспансеризации (профилактических медицинских осмотров) мобильными медицинскими бригадами, а также с использованием передвижного медицинского комплекса. Межучрежденческие расчеты в связи с использованием передвижного медицинского комплекса производятся в соответствии с заключенным договором.

3.4.2.3. В случае, когда медицинская организация привлекает для проведения диспансеризации и медицинских осмотров медицинских работников иных медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности (в части выполнения требуемых работ (услуг), необходимых для проведения диспансеризации в полном объеме) в соответствии с договором, заключенным между указанными медицинскими организациями, предъявление реестра счета и счета к оплате производится в следующем порядке:

а) в случае, когда привлекается врач-специалист для проведения осмотра, медицинская организация, в которой проводится диспансеризация/медицинский осмотр, включает осмотр указанного специалиста в реестр счета по диспансеризации/медицинскому осмотру;

б) в случае, когда заключен договор на лабораторные, инструментальные и иные исследования, медицинская организация, в которой проводится диспансеризация/медицинский осмотр, включает указанные исследования в реестр счета по диспансеризации/медицинскому осмотру.

При этом межучрежденческие расчеты осуществляются по тарифам,

установленным приложением 2.6 к настоящему Соглашению на соответствующие услуги.

3.4.2.4. В связи с централизацией отдельных исследований (исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (количественный тест), исследование уровня простатспецифического антигена свободного в крови, цитологические исследования и т.п.) на базе централизованных лабораторий (ГБУЗ «Камчатский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер») страховая медицинская организация осуществляет взаиморасчёты за выполненные исследования путём оплаты стоимости выполненных услуг с учётом сведений, содержащихся в реестрах счетов медицинских организаций о выполненных услугах, с учетом стоимости услуг в реестре счёта ГБУЗ «Камчатский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» и ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер», на основании актов сверки с приложением поимённых списков пациентов, в отношении которых были оформлены направления на исследования.

3.4.3. Утвердить тариф за 1 посещение с иными целями (в том числе стоматологической помощи) по специальностям врачей в соответствии с приложением 2.4.

Оплата по тарифу за консультативное посещение (в том числе проведенное в форме телемедицинской консультации пациента в соответствии с пунктом 2.1.4 настоящего Соглашения) производится только в случае, если кратность посещений к соответствующему специалисту в медицинских организациях, указанных в пункте 2.1.4 настоящего Соглашения, по поводу заболевания соответствует 1.

В случае назначения консультирующим специалистом повторного посещения (в связи с необходимостью проведения дополнительных диагностических исследований и др.), оплата производится по тарифу обращения по поводу заболевания, за исключением оплаты случаев проведения телемедицинской консультации пациента.

Тариф 1 комплексного посещения с целью проведения обследования в Центрах здоровья ГБУЗ «Камчатский краевой кардиологический диспансер», ГБУЗ «Петропавловск-Камчатская городская детская поликлиника № 1» устанавливается в соответствии с приложением 2.4 к настоящему Соглашению.

Посещение с целью проведения комплексного обследования оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования по каждому застрахованному гражданину, впервые обратившемуся в центр здоровья, 1 раз в отчетном году.

Оплата посещения в центре здоровья с целью проведения комплексного обследования производится по соответствующему тарифу только при условии оказания всех медицинских услуг, входящих в комплексное обследование.

Оплата посещения в Центре здоровья с целью динамического наблюдения (повторное посещение) производится по тарифам посещения с иной целью по соответствующей специальности в соответствии с приложением 2.4 к настоящему Соглашению.

Врачебный осмотр в Центре здоровья должен быть зафиксирован в «Карте центра здоровья». Отсутствие в карте записей, отражающих комплексное обследование пациента (при первичном обращении), врачебный осмотр (при повторном обращении), служит основанием для отказа в оплате посещения.

3.4.4. Утвердить тариф за 1 посещение по неотложной медицинской помощи (в том числе стоматологической помощи) в соответствии с приложением 2.4.

Указанный тариф применяется:

- при оказании медицинской помощи в отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи, созданном в структуре медицинской организации, оказывающей амбулаторную медицинскую помощь;
- при оказании неотложной медицинской помощи на дому в форме разового посещения;
- при самостоятельном обращении граждан на станцию скорой медицинской помощи или в отделение скорой медицинской помощи, входящее в состав медицинской организации;
- при оказании медицинской помощи в соответствии с пунктом 2.2.11 настоящего Соглашения.

3.4.5. Утвердить тариф за 1 обращение по поводу заболевания в соответствии с приложением 2.4.

3.4.5.1. Установить, что тариф за 1 обращение по поводу заболевания по специальности «Неврология» (в сочетании с кодом услуги В05.023.003 «Услуги по медицинской реабилитации пациента с детским церебральным параличом») применяется при проведении медицинской реабилитации в амбулаторных условиях:

- 1) детей в возрасте от 91 дня до 1 года с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы (код по МКБ-10 G96.8) с оценкой степени тяжести состояния и стойкости двигательных нарушений по шкале Журбы-Мастюковой (при поступлении, в процессе реабилитации, а также при выписке);
- 2) детей в возрасте от 1 года до 3 лет с минимальной мозговой дисфункцией (код по МКБ-10 G93.8) с оценкой тяжести состояния пациента по Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (при поступлении, в процессе реабилитации, а также при выписке);
- 3) пациентов с установленным диагнозом детский церебральный паралич с оценкой тяжести состояния пациента по Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (при поступлении, в процессе реабилитации, а также при выписке).

3.4.5.2. Оплата обращений по поводу заболевания в стоматологии.

Утвердить классификатор основных медицинских услуг по оказанию стоматологической помощи в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) в соответствии с приложением 2.5.

Установить, что стоимость обращения по поводу заболевания определяется как суммарная стоимость выполненных комплексных медицинских услуг, выраженных в УЕТ.

Установить тарифы комплексных медицинских услуг, определяющих стоимость обращения по поводу заболевания, в соответствии с приложением 2.4.1 к настоящему Соглашению.

3.4.5.3. Оплата обращений за медицинской помощью с применением методов диализа в амбулаторных условиях

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну процедуру (сеанс) гемодиализа, гемодиализации и один день перитонеального диализа.

В целях учета объемов учитывается лечение в течение одного месяца как одно обращение (в среднем 13 процедур диализа или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца). При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников с учетом норм, установленных приказом Минздрава России от 14.01.2019 № 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения», с учетом установления запрета на выписку рецептов на лекарственные препараты, которые в соответствии с инструкцией по медицинскому применению используются только в медицинских организациях).

Утвердить тариф за 1 день обмена при перитонеальном диализе – 4 012 рублей.

Утвердить тариф за 1 процедуру гемодиализа – 5 079 рублей.

Утвердить тариф за 1 процедуру гемодиализации – 5 485 рублей.

3.4.6. В целях оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях фельдшерскими, фельдшерско-акушерскими пунктами с 01.01.2021 года, утвердить в соответствии с приложением 2.3 к настоящему Соглашению:

- размер базового норматива финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, на год;

- значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающего критерий соответствия их установленным требованиям;

- годовой размер финансового обеспечения структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

3.5. В целях оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях с 01.01.2021 года, утвердить в соответствии с приложением 3.1 к настоящему Соглашению:

- перечень групп заболеваний, состояний (КСГ), при которых оказывается специализированная медицинская помощь в стационарных условиях (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи),
- средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления стационарной медицинской помощи без учета КД субъекта РФ в размере 3,038 (НФЗ);
- значение коэффициента приведения (КП) среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления стационарной медицинской помощи к базовой ставке, исключаяющей влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации и коэффициента сложности лечения пациентов;
- размер базовой ставки законченного случая лечения;
- значения коэффициента относительной затратоемкости оказания стационарной медицинской помощи ($K_{ЗКСГ}$) по перечню групп заболеваний (КСГ);
- значения коэффициента специфики оказания стационарной медицинской помощи ($K_{СКСГ}$);
- значения коэффициента подуровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент ($K_{УСМО}$);
- долю заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями;
- тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

3.5.1. Установить, что стоимость одного случая госпитализации в стационаре ($СС_{КСГ}$) по КСГ (за исключением случаев госпитализаций взрослых с применением лекарственной терапии злокачественных новообразований, порядок оплаты которых установлен пунктом 3.5.2 настоящего Соглашения) определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = НФЗ * КП * K_{ЗКСГ} * ПК * КД, \text{ где}$$

«НФЗ * КП» соответствует значению базовой ставки (БС),
ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ (интегрированный коэффициент), который определяется по следующей формуле:

$$ПК = K_{СКСГ} * K_{УСМО} * K_{СЛП}.$$

3.5.2. Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями

определяется по следующей формуле:

$$CC_{КСГ} = НФЗ * КП * КЗ_{КСГ} * ((1 - Д_{ЗП}) + Д_{ЗП} * ПК * КД), \text{ где}$$

$Д_{ЗП}$ – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, к которой применяется КД.

3.5.3. Установить, что при оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, применяется коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (КД):

Таблица 4

Медицинские организации по территории оказания медицинской помощи	Коэффициент, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»	Коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, приведенный к 3,038 по средневзвешенному значению, и применяемый к тарифам при оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (КД)
Медицинские организации, расположенные на территории Камчатского края (за исключением Корякского округа и Алеутского муниципального района)	3,03	3,0315
Медицинские организации, расположенные на территории Корякского округа	3,17	3,1716
Медицинские организации, расположенные на территории Алеутского муниципального района	3,45	3,4517

3.5.4. Утвердить региональный перечень применяемых коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП) при оплате медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в соответствии с приложением 3.3 к настоящему Соглашению.

Установить, что для случаев, не указанных в приложении 3.3 к настоящему Соглашению, значение КСЛП соответствует 1.

3.5.4.1. Установить перечень однотипных операций на парных органах/частях тела, при выполнении которых применяется $КСЛП_{\text{пар}}$, в соответствии с таблицей 5

Таблица 5

Код услуги	Наименование
A16.03.022.002	Остеосинтез титановой пластиной
A16.03.022.004	Интрамедуллярный стержневой остеосинтез
A16.03.022.005	Остеосинтез с использованием биodeградируемых материалов
A16.03.022.006	Интрамедуллярный блокируемый остеосинтез
A16.03.024.005	Реконструкция кости. Остеотомия кости с использованием комбинированных методов фиксации
A16.03.024.007	Реконструкция кости. Корректирующая остеотомия при деформации стоп
A16.03.024.008	Реконструкция кости. Корректирующая остеотомия бедра
A16.03.024.009	Реконструкция кости. Корректирующая остеотомия голени
A16.03.024.010	Реконструкция кости при ложном суставе бедра
A16.03.033.002	Наложение наружных фиксирующих устройств с использованием компрессионно-дистракционного аппарата внешней фиксации
A16.04.014	Артропластика стопы и пальцев ноги
A16.12.006	Разрез, иссечение и закрытие вен нижней конечности
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности
A16.12.006.002	Подапоневротическая перевязка анастомозов между поверхностными и глубокими венами голени
A16.12.006.003	Диссекция перфорантных вен с использованием видеозидоскопических технологий
A16.12.008.001	Эндартерэктомия каротидная
A16.12.008.002	Эндартерэктомия каротидная с пластикой
A16.12.012	Перевязка и обнажение варикозных вен
A16.20.032.007	Резекция молочной железы субтотальная с маммопластикой и эндопротезированием
A16.20.103	Отсроченная реконструкция молочной железы с использованием эндопротеза
A16.20.043.001	Мастэктомия подкожная с одномоментной алломаммопластикой
A16.20.043.002	Мастэктомия подкожная с одномоментной алломаммопластикой с различными вариантами кожно-мышечных лоскутов
A16.20.043.003	Мастэктомия радикальная с односторонней пластикой молочной железы с применением микрохирургической техники
A16.20.043.004	Мастэктомия расширенная модифицированная с пластическим закрытием дефекта грудной стенки
A16.20.045	Мастэктомия радикальная подкожная с алломаммопластикой
A16.20.047	Мастэктомия расширенная модифицированная с пластическим закрытием дефекта грудной стенки различными вариантами кожно-мышечных лоскутов
A16.20.048	Мастэктомия радикальная с реконструкцией TRAM-лоскутом
A16.20.049.001	Мастэктомия радикальная по Маддену с реконструкцией кожно-мышечным лоскутом и эндопротезированием
A16.26.007	Пластика слезных точек и слезных канальцев
A16.26.011	Зондирование слезных канальцев, активация слезных точек
A16.26.013	Удаление халязиона
A16.26.014	Удаление контагиозного моллюска, вскрытие малых ретенционных кист век и конъюнктивы, ячменя, абсцесса века
A16.26.018	Эпиляция ресниц
A16.26.019	Устранение эпикантуса
A16.26.020	Устранение энтропиона или эктропиона
A16.26.021	Коррекция блефароптоза
A16.26.021.001	Устранение птоза

Код услуги	Наименование
A16.26.022	Коррекция блефарохлазиса
A16.26.023	Устранение блефароспазма
A16.26.025	Удаление новообразования века
A16.26.026	Ушивание раны века
A16.26.028	Миотомия, тенотомия глазной мышцы
A16.26.034	Удаление инородного тела конъюнктивы
A16.26.075	Склеропластика
A16.26.075.001	Склеропластика с использованием трансплантатов
A16.26.079	Реваскуляризация заднего сегмента глаза
A16.26.093.002	Фактоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы
A16.26.094	Имплантация интраокулярной линзы
A16.26.147	Ретросклеропломбирование
A22.26.004	Лазерная корепраксия, дисцизия задней капсулы хрусталика
A22.26.005	Лазерная иридэктомия
A22.26.006	Лазергониотрабекулопунктура
A22.26.007	Лазерный трабекулоспазис
A22.26.009	Фокальная лазерная коагуляция глазного дна
A22.26.010	Панретиальная лазерная коагуляция
A22.26.019	Лазерная гониодесцеметопунктура
A22.26.023	Лазерная трабекулопластика

3.5.4.2. Установить перечень сочетанных (симультанных) хирургических вмешательств, выполняемых во время одной госпитализации, при которых применяется КСЛП_{сочетан}, в соответствии с таблицей 6:

Таблица 6

Операция 1		Операция 2	
A16.12.009	Тромбэндактерэктомия	A06.12.015	Ангиография бедренной артерии прямая, обеих сторон
A16.12.009.001	Тромбэктомия из сосудистого протеза	A06.12.015	Ангиография бедренной артерии прямая, обеих сторон
A16.12.038.006	Бедренно - подколенное шунтирование	A06.12.015	Ангиография бедренной артерии прямая, обеих сторон
A16.12.009.001	Тромбэктомия из сосудистого протеза	A16.12.026.018	Баллонная ангиопластика подвздошной артерии
A16.12.009.001	Тромбэктомия из сосудистого протеза	A16.12.028	Установка стента в сосуд
A16.12.038.006	Бедренно-подколенное шунтирование	A16.12.026.018	Баллонная ангиопластика подвздошной артерии
A16.12.019.001	Ревизия бедренных артерий	A16.12.026.018	Баллонная ангиопластика подвздошной артерии
A16.12.019.001	Ревизия бедренных артерий	A16.12.028	Установка стента в сосуд
A16.12.019.001	Ревизия бедренных артерий	A16.12.026	Баллонная вазодилатация
A16.12.011.008	Пластика глубокой	A16.12.026.018	Баллонная ангиопластика

Операция 1		Операция 2	
	бедренной артерии		подвздошной артерии
A16.12.011.008	Пластика глубокой бедренной артерии	A16.12.028	Установка стента в сосуд
A16.12.011.008	Пластика глубокой бедренной артерии	A16.12.026	Баллонная вазодилатация
A16.12.008.001	Эндартерэктомия каротидная	A06.12.005	Ангиография внутренней сонной артерии
A16.12.038.008	Сонно-подключичное шунтирование	A06.12.007	Ангиография артерий верхней конечности прямая
A16.12.009	Тромбэндартерэктомия	A16.12.026.018	Баллонная ангиопластика подвздошной артерии
A16.12.009	Тромбэндартерэктомия	A16.12.028	Установка стента в сосуд
A16.12.038.006	Бедренно - подколенное шунтирование	A16.12.026.002	Баллонная ангиопластика подколенной артерии и магистральных артерий голени
A16.12.038.006	Бедренно - подколенное шунтирование	A16.12.026.004	Баллонная ангиопластика со стентированием подколенной артерии и магистральных артерий голени
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности	A16.30.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.003	Оперативное лечение околопупочной грыжи
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной

Операция 1		Операция 2	
			стенки с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.003	Оперативное лечение околопупочной грыжи
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.003	Оперативное лечение околопупочной грыжи
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов
A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов

Операция 1		Операция 2	
A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.30.003	Оперативное лечение околопупочной грыжи	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи	A16.30.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи
A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки	A16.30.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи
A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи	A16.16.033.001	Фундопликация лапароскопическая
A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи	A16.09.026.004	Пластика диафрагмы с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.09.026.004	Пластика диафрагмы с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.16.006.001	Бужирование пищевода эндоскопическое

Операция 1		Операция 2	
A16.09.026.004	Пластика диафрагмы с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.16.032.002	Эндоскопическая кардиодилатация пищевода баллонным кардиодилататором
A16.30.005.003	Устранение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.16.046.002	Лапароскопическая диафрагмокрурорафия
A16.30.005.003	Устранение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.16.033.001	Фундопликация лапароскопическая
A16.30.005.003	Устранение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.30.005.001	Пластика диафрагмы с использованием импланта
A16.01.031	Устранение рубцовой деформации	A16.01.018	Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки
A16.01.031	Устранение рубцовой деформации	A16.01.017.001	Удаление доброкачественных новообразований кожи методом электрокоагуляции
A16.01.031	Устранение рубцовой деформации	A16.01.017	Удаление доброкачественных новообразований кожи
A16.01.013	Удаление сосудистой мальформации	A16.01.018	Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки
A16.01.013	Удаление сосудистой мальформации	A16.01.017	Удаление доброкачественных новообразований кожи
A16.01.013	Удаление сосудистой мальформации	A16.01.017.001	Удаление доброкачественных новообразований кожи методом электрокоагуляции
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи

Операция 1		Операция 2	
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.20.032	Резекция молочной железы	A16.20.004	Сальпингэктомия лапаротомическая
A16.20.032	Резекция молочной железы	A16.20.017	Удаление параовариальной кисты лапаротомическое
A16.20.032	Резекция молочной железы	A16.20.061	Резекция яичника лапаротомическая
A16.20.043	Мастэктомия	A16.20.011.002	Тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) с придатками лапаротомическая
A16.18.016	Гемиколэктомия правосторонняя	A16.14.030	Резекция печени атипичная
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.035	Миомэктомия (энуклеация миоматозных узлов) лапаротомическая
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.001	Удаление кисты яичника
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.061	Резекция яичника лапаротомическая
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.041	Стерилизация маточных труб лапаротомическая
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.039	Метропластика лапаротомическая
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.075	Перевязка маточных артерий
A16.20.014	Влагалищная тотальная	A16.20.042.001	Слинговые операции при

Операция 1		Операция 2	
	гистерэктомия (экстирпация матки) с придатками		недержании мочи
A16.20.063.001	Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.20.083	Кольпоперинеоррафия и леваторопластика
A16.20.063.001	Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.20.042.001	Слингвые операции при недержании мочи
A16.20.083	Кольпоперинеоррафия и леваторопластика	A16.20.042.001	Слингвые операции при недержании мочи
A16.16.033.001	Фундопликация лапароскопическая	A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.20.063.001	Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.18.009.001	Аппендэктомия с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.20.061.001	Резекция яичника с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.18.009	Аппендэктомия	A16.20.061	Резекция яичника лапаротомическая
A16.18.027	Эндоскопическое электрохирургическое удаление новообразования толстой кишки	A16.19.017	Удаление полипа анального канала и прямой кишки
A16.18.027	Эндоскопическое электрохирургическое удаление новообразования толстой кишки	A16.19.003.001	Иссечение анальной трещины
A16.18.027	Эндоскопическое электрохирургическое удаление новообразования толстой кишки	A16.19.013	Удаление геморроидальных узлов
A16.19.013	Удаление геморроидальных узлов	A16.19.003.001	Иссечение анальной трещины
A16.28.071.001	Иссечение кисты почки лапароскопическое	A16.20.001.001	Удаление кисты яичника с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.28.054	Трансуретральная уретеролитоэкстракция	A16.28.003.001	Лапароскопическая резекция почки
A16.28.004.001	Лапароскопическая нефрэктомия	A16.21.002	Трансуретральная резекция простаты

Операция 1		Операция 2	
A16.21.002	Трансуретральная резекция простаты	A16.28.085	Трансуретральная эндоскопическая цистолитотрипсия
A16.08.013.001	Пластика носовой перегородки с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.08.017.001	Гайморотомия с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.26.093	Факосмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.069	Трабекулотомия
A16.26.093	Факосмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.073.003	Проникающая склерэктомия
A16.26.093	Факосмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.115	Удаление силиконового масла (или иного высокомолекулярного соединения) из витреальной полости
A16.26.093	Факосмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.146	Реконструкция угла передней камеры глаза
A16.26.093	Факосмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.049	Кератопластика (трансплантация роговицы)
A16.26.093	Факосмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.087	Замещение стекловидного тела
A16.26.093.002	Факосмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы	A16.26.070	Модифицированная синустрабекулэктомия
A16.26.093.001	Факосмульсификация с использованием фемтосекундного лазера	A16.26.070	Модифицированная синустрабекулэктомия
A16.26.093.002	Факосмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы	A 16.26.049.005	Неавтоматизированная эндотекатопластика
A16.26.093.001	Факосмульсификация с использованием фемтосекундного лазера	A 16.26.049.005	Неавтоматизированная эндотекатопластика
A16.26.093.001	Факосмульсификация с использованием фемтосекундного лазера	A16.26.093.002	Факосмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы
A 16.26.049.008	Сквозная кератопластика	A16.26.092	Экстракапсулярная экстракция катаракты с

Операция 1		Операция 2	
			имплантацией ИОЛ
A16.26.049.004	Послойная кератопластика	A16.26.093.002	Фактоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы
A16.26.049.004	Послойная кератопластика	A16.26.093.001	Фактоэмульсификация с использованием фемтосекундного лазера
A16.26.098	Энуклеация глазного яблока	A16.26.041.001	Пластика конъюнктивальной полости с использованием свободного лоскута слизистой со щеки
A16.26.099	Эвисцерация глазного яблока	A16.26.041.001	Пластика конъюнктивальной полости с использованием свободного лоскута слизистой со щеки
A16.26.106	Удаление инородного тела, новообразования из глазницы	A16.26.111	Пластика века (блефаропластика) без и с пересадкой тканей
A16.26.111.001	Пластика верхних век без пересадки тканей чрескожным доступом	A16.26.041.001	Пластика конъюнктивальной полости с использованием свободного лоскута слизистой со щеки
A16.26.145	Пластика опорно-двигательной культи при анофтальме	A16.26.041.001	Пластика конъюнктивальной полости с использованием свободного лоскута слизистой со щеки
A07.26.001	Брахитерапия	A22.26.015	Термотерапия новообразований сетчатки
A07.26.001	Брахитерапия	A16.26.075.001	Склеропластика с использованием трансплантатов
A16.26.089.002	Витреозэктомия задняя субтотальная закрытая	A16.26.093.001	Фактоэмульсификация с использованием фемтосекундного лазера
A16.26.089.002	Витреозэктомия задняя субтотальная закрытая	A16.26.093.002	Фактоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы
A16.26.089.002	Витреозэктомия задняя субтотальная закрытая	A16.26.094	Имплантация интраокулярной линзы
A16.26.089.002	Витреозэктомия задняя субтотальная закрытая	A16.26.082	Круговое эписклеральное пломбирование
A16.26.115	Удаление силиконового масла (или иного высокомолекулярного соединения) из витреальной полости	A16.26.093.002	Фактоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы

Операция 1		Операция 2	
A16.26.115	Удаление силиконового масла (или иного высокомолекулярного соединения) из витреальной полости	A16.26.094	Имплантация интраокулярной линзы
A16.26.094	Имплантация интраокулярной линзы	A16.26.086.001	Интравитреальное введение лекарственных препаратов
A16.07.061.001	Хейлоринопластика (устранение врожденной расщелины верхней губы)	A16.07.042	Пластика уздечки верхней губы
A16.07.061.001	Хейлоринопластика (устранение врожденной расщелины верхней губы)	A16.07.044	Пластика уздечки языка
A16.07.016	Цистотомия или цистэктомия	A16.07.042	Пластика уздечки верхней губы
A16.07.016	Цистотомия или цистэктомия	A16.07.043	Пластика уздечки нижней губы
A16.07.066	Уранопластика (устранение врожденной расщелины твердого и мягкого неба)	A16.07.042	Пластика уздечки верхней губы
A16.07.066	Уранопластика (устранение врожденной расщелины твердого и мягкого неба)	A16.07.044	Пластика уздечки языка
A16.30.014	Экстирпация срединных кист и свищей шеи	A16.01.018	Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки
A16.30.014	Экстирпация срединных кист и свищей шеи	A16.01.017	Удаление доброкачественных новообразований кожи
A16.30.015	Экстирпация боковых свищей шеи	A16.01.018	Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки
A16.30.015	Экстирпация боковых свищей шеи	A16.01.017	Удаление доброкачественных новообразований кожи
A16.07.016	Цистотомия или цистэктомия	A16.01.018	Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки

3.5.4.3. Установить, что для применения КСЛП_{геронтолог} необходимо выполнение следующих условий:

1. Возраст пациента 75 лет и старше;
2. Случай не относится к КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией», КСГ st12.015.003;
3. Лечение не осуществляется на геронтологической профильной койке;
4. Проведена консультация врача-гериатра (в реестре указан код услуги B01.007.003).

3.5.4.4. Установить, что КСЛП_{длит} применяется в отношении оплаты случаев сверхдлительной госпитализации сроком свыше 70 дней, обусловленным медицинскими показаниями.

КСЛП_{длит} не применяется к КСГ, объединяющим случаи лекарственной терапии злокачественных новообразований, лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией.

3.5.5. Установить, что прерванные случаи лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара оплачиваются в следующих размерах:

1) если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз по МКБ-10), случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения **3 дня и менее в размере 20 %** от стоимости соответствующей КСГ;
- при длительности лечения **более 3-х дней в размере 50%** от стоимости соответствующей КСГ;

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

- при длительности лечения **3 дня и менее в размере 80 %** от стоимости соответствующей КСГ;
- при длительности лечения **более 3-х дней в размере 90%** от стоимости соответствующей КСГ;

3) оплата случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях, прерванных в связи с летальным исходом, с обоснованной длительностью свыше 30 дней осуществляется в размере 100 % стоимости соответствующей КСГ с учетом применения рассчитанного значения КСЛП_{длит}.

3.5.6. Установить, что в стоимости КСГ по «Акушерству и гинекологии» учтены расходы на медицинскую помощь новорожденным в медицинской организации (отделении) акушерского профиля, где произошли роды.

3.5.7. Утвердить нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи и доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с приложением 3.2 к настоящему Соглашению.

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 Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащим, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень ВМП).

В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню ВМП, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

3.6. В целях оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара с 01.01.2021 года, утвердить в соответствии с приложением 4.1 к настоящему Соглашению:

- перечень групп заболеваний, состояний (КСГ), при которых оказывается специализированная медицинская помощь в условиях дневного стационара,
- средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара без учета КД субъекта РФ в размере 3,038 (НФЗ);
- значение коэффициента приведения (КП) среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара к базовой ставке, исключаящей влияние применяемых коэффициентов относительной затроемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации и коэффициента сложности лечения пациентов;
- размер базовой ставки законченного случая лечения;
- значения коэффициента относительной затроемкости оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара ($K_{ЗКСГ}$) по перечню групп заболеваний (КСГ);
- значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара ($K_{СКСГ}$);
- долю заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями;

- тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

3.6.1. Установить, что модель финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, основана на объединении заболеваний в группы (КСГ) и построена на единых принципах независимо от условий оказания медицинской помощи.

3.6.2. Установить, что в связи с отсутствием различий в оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара в медицинских организациях разного уровня, коэффициент уровня медицинской организации ($K_{УСМО}$) при оплате медицинской помощи в условиях дневного стационара не применяется.

3.6.3. Установить, что при оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, применяется коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи ($KД$):

Таблица 7

Медицинские организации по территории оказания медицинской помощи	Коэффициент, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»	Коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, приведенный к 3,038 по средневзвешенному значению, и применяемый к тарифам при оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара ($KД$)
Медицинские организации, расположенные на территории Камчатского края (за исключением Корякского округа и Алеутского муниципального района)	3,03	3,0330
Медицинские организации, расположенные на территории Корякского округа	3,17	3,1732
Медицинские организации, расположенные на территории Алеутского муниципального района	3,45	3,4535
Медицинские организации, расположенные на территории г.Москвы	1	1,0010

3.6.4. Установить, что при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара в ГБУЗ «Камчатская краевая детская больница» и ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер», при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара по медицинской реабилитации в

санаторно-курортных учреждениях, организациях, а также при проведении гемодиализа в медицинских организациях за счет средств обязательного медицинского страхования организуется обеспечение пациентов рациональным питанием.

3.6.5. При проведении лекарственной терапии в связи с лечением и профилактикой осложнений диализа (эритропоз стимулирующие препараты, препараты железа, фосфат связывающие вещества, кальцимитетики и др.) оплата медицинской помощи в условиях дневного стационара осуществляется по КСГ ds18.002 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ». При этом стоимость услуги диализа, с учетом количества фактически выполненных услуг, прибавляется в рамках одного случая лечения.

Установить, что тарифы за 1 процедуру гемодиализа и гемодиализации применяются в размерах, установленных в соответствии с пунктом 3.4.4.3 настоящего Соглашения.

3.7. В целях оплаты скорой медицинской помощи, оказываемой с 01.01.2021 года, утвердить в соответствии с приложением 5.1 к настоящему Соглашению:

- размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации на год;
- значение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи к базовому нормативу финансирования, исключающего влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации по территориям оказания скорой медицинской помощи;
- значение коэффициента специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования;
- размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на год;
- значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи на год.

3.7.1. Установить, что при оплате скорой медицинской помощи, применяется коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (КД):

Таблица 8

	Коэффициент, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского	Коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, приведенный к 1 по
--	---	--

Медицинские организации по территории оказания медицинской помощи	страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»	средневзвешенному значению, и применяемый к тарифам при оплате скорой медицинской помощи (КД)
Медицинские организации, расположенные на территории Камчатского края (за исключением Корякского округа и Алеутского муниципального района)	3,03	0,9984
Медицинские организации, расположенные на территории Корякского округа	3,17	1,0445

3.7.2. Утвердить Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной станциями скорой медицинской помощи или отделениями скорой медицинской помощи, входящими в состав медицинских организаций, в 2021 году в соответствии с приложением 5.2 к настоящему Соглашению.

3.7.3. Утвердить тарифы за 1 вызов скорой медицинской помощи в соответствии с приложением 5.3 к настоящему Соглашению.

3.8. В целях оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой соответствующей медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) утвердить в соответствии с приложением 6.1 к настоящему Соглашению:

- размер среднего подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования в расчете на год;

- значение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключающего влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи (включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), 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, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, а также выплаты

медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности;

- значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования;
- размер базового подушевого норматива финансирования на год;
- значения коэффициента уровня оказания медицинской помощи, включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации);
- значения 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;
- значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям на год.

3.8.1. Установить, что при медицинской помощи по подушевому нормативу по всем видам и условиям, применяется коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (КД):

Таблица 9

Медицинские организации по территории оказания медицинской помощи	Коэффициент, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»	Коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, приведенный к 1 по средневзвешенному значению, и применяемый к тарифам при оплате медицинской помощи по всем видам и условиям (КД)
Медицинские организации, расположенные на территории Камчатского края (за исключением Коряковского округа и Алеутского муниципального района)	3,03	0,9878
Медицинские организации, расположенные на территории Коряковского округа	3,17	1,0335
Медицинские организации, расположенные на территории Алеутского муниципального района	3,45	1,1248

3.8.2. Утвердить порядок оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в Камчатском крае, по подушевому нормативу

финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой соответствующей медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) в 2021 году, в соответствии с приложением 6.2 к настоящему Соглашению.

3.8.3. Утвердить Порядок оценки результативности деятельности медицинской организации, включающий перечень показателей результативности деятельности медицинской организации в 2021 году и критерии их оценки, в соответствии с приложением 6.3 к настоящему Соглашению.

4. Размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

4.1. Установить, что при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной медицинскими организациями в Камчатском крае, применяются размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в соответствии с «Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи», утвержденным приложением 9 к настоящему Соглашению.

4.2. При проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи с последующим применением санкций к медицинской организации страховые медицинские организации и территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края руководствуются принципом однократного применения мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Применение санкций в рамках одного законченного случая допускается только по одному основанию с наибольшим общим размером санкции. Общий размер санкции (С) по одному основанию рассчитывается как сумма размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) и размера штрафа (С_{шт}), применяемого к медицинской организации по тому же основанию за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества. В случае, если в рамках одного законченного случая оплачиваются два случая оказания медицинской помощи, санкции применяются только к соответствующему случаю.

4.2.1. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{\text{пог}}$$

где:

РТ - размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

$K_{но}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи, установленный в соответствии с Приложением 9 к настоящему Соглашению.

В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены (пункт 4.6.1 Перечня оснований), страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

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

$$C_{шт} = РП \times K_{шт},$$

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

$$C_{шт} = РП_{А базовый} \times K_{шт}, \text{ где:}$$

$РП_{А базовый}$ – средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный настоящим Соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

$$C_{шт} = РП_{СМП базовый} \times K_{шт}, \text{ где:}$$

$РП_{СМП базовый}$ – средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный настоящим Соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа;

3) при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания;

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

$\text{РП}_{\text{ПП базовый}}$ – средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный настоящим Соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$K_{\text{шт}}$ - коэффициент для определения размера штрафа;

4) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара:

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

$\text{РП}_{\text{СТ}}$ - подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с территориальной программой на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$K_{\text{шт}}$ - коэффициент для определения размера штрафа.

Коэффициент для определения размера штрафа ($K_{\text{шт}}$) устанавливается в соответствии с Приложением 9 к настоящему Соглашению.

4.3. Пункт 4.6 «Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов» Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) применяется только в случае отсутствия в первичной медицинской документации информации, подтверждающей факт оказания медицинской помощи, включенной в счет или реестр счетов. Пункт 4.6 «Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов» Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) не применяется в случае отсутствия в первичной медицинской документации информации, подтверждающей факт оказания отдельных услуг в рамках законченного случая, стоимость которого формируется путем суммирования стоимости входящих в него услуг (обращение по заболеванию в стоматологии, диспансеризация определенных групп населения, профилактические медицинские осмотры взрослого населения, а также профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних в соответствии с порядками, утвержденными Минздравом РФ, и т.п.).

При проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в отношении законченного случая стоимость которого формируется путем суммирования стоимости входящих в него услуг (обращение по заболеванию в стоматологии) применение санкций к медицинской организации (за исключением санкций, предусмотренных пунктом 4.6 «Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов») допускается исходя из стоимости услуги, по которой выявлено нарушение, с учетом принципа однократного применения мер.

4.4. Пункт 5.7.5 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) в части включения в реестр счетов амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре применяется только в случае включения указанной медицинской помощи в реестр счетов одной медицинской организации. Финансовые санкции применяются в отношении случаев медицинской помощи в амбулаторных условиях:

- при проведении медико-экономического контроля в случае включения указанной медицинской помощи в реестр счета за один отчетный период;
- при проведении медико-экономической экспертизы в случае включения указанной медицинской помощи в реестры счетов за разные отчетные периоды.

В случае включения в реестр счетов разных медицинских организаций амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре проводится медико-экономическая экспертиза, и при условии подтверждения факта оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях финансовые санкции применяются в отношении случаев медицинской помощи в стационарных условиях за нарушение условий оказания медицинской помощи.

5. Заключительные положения.

5.1. При заполнении реестров счетов используются форматы, структура записей и справочники, утвержденные приказом ФФОМС от 07.04.2011 г. № 79 «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере ОМС».

Особенности формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с учетом положений настоящего Соглашения установлены «Порядком информационного взаимодействия при формировании счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае», принятым Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Камчатском крае.

5.2. Установить, что действие настоящего Соглашения распространяется на правоотношения, возникающие при оплате медицинской помощи, оказанной с 01.01.2021 года по 31.12.2021 года включительно.

5.3. Установить, что с 01.01.2021 года Соглашение об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию № 1/2020 от 27.12.2019 года со всеми изменениями (за исключением приложения 12 к Соглашению № 1/2020) применяется только в части оплаты медицинской помощи, оказанной в 2020 году. Приложение 12 к Соглашению № 1/2020 применяется при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию до 20.01.2021 года включительно.

5.4. В Соглашение вносятся изменения:

- а) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Камчатском крае, в части включения (исключения) медицинских организаций;
- б) при внесении изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями в случае необходимости дополнения (исключения) сведений, предусмотренных в разделах 2 и 3 настоящего Соглашения, для медицинских организаций, объемы предоставления медицинской помощи по которым изменяются;
- в) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;
- г) при внесении изменений в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные Приказом Минздрава России от 29.12.2020 № 1397н, приводящие к изменению структуры и содержания тарифного соглашения;
- д) при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;
- е) при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, Правительством Камчатского края решений, приводящих к необходимости внесения изменений в тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

5.5. Внесение изменений в настоящее Соглашение осуществляется путем заключения Дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Соглашения.

Врио Министра здравоохранения
Камчатского края,
Председатель комиссии



А.В. Кузьмин

Члены комиссии:

Врио директора территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Камчатского края

Н.Н. Александрович

Директор Камчатского филиала АО
«Страховая компания «СОГАЗ-Мед»,
Полномочный представитель
Всероссийского союза страховщиков по
медицинскому страхованию в
Камчатском крае

А.Н. Болдышевская

Главный врач ГБУЗ КК «Петропавловская-
Камчатская городская больница №1»,
член Некоммерческого партнёрства
«Камчатская медицинская ассоциация»

И.Н. Вайнес

Первый заместитель Председателя
Федерации профсоюзов Камчатки,
председатель Камчатской краевой
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации

Л.И. Покрищук