

**Тарифное соглашение  
в системе обязательного медицинского страхования  
Белгородской области**

г. Белгород

« 30 » декабря 2019 года

**I. Общие положения**

Департамент здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области (далее – **Департамент**) в лице заместителя Губернатора Белгородской области **Зубаревой Наталии Николаевны**, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Белгородской области (далее – **Фонд**) в лице директора **Калашникова Николая Михайловича**, Акционерное общество «Медицинская акционерная страховая компания» в лице директора филиала АО «МАКС-М» в городе Белгороде **Шевченко Константина Васильевича**, Ассоциация врачей Белгородской области (далее – **Ассоциация**) в лице председателя **Жарко Анны Георгиевны**, Областной комитет профсоюзов работников здравоохранения (далее – **Профсоюз**) в лице заместителя председателя **Ветковой Людмилы Андриановны**, именуемые в дальнейшем Сторонами, руководствуясь Федеральным законом от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 07 декабря 2019 года №1610 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов», территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2019 год, утвержденной постановлением правительства Белгородской области от 30 декабря 2019 года №618-пп (далее – **Программа**), Правилами обязательного медицинского страхования, утверждёнными приказом Министерства здравоохранения России от 28 февраля 2019 года №108н, действующими правовыми актами об оплате медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования (далее – **ОМС**), заключили настоящее тарифное соглашение в системе ОМС Белгородской области (далее - **ТС**).

Предметом ТС является установление тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС на территории Белгородской области. ТС регулирует правоотношения сторон, а также страховых медицинских организаций и медицинских организаций, участвующих в реализации Программы, возникающие при формировании тарифов и их применения в рамках реализации Программы.

**II. Основные понятия и определения, сфера действия ТС**

В целях реализации настоящего тарифного соглашения устанавливаются следующие основные понятия и определения.

**Случай госпитализации** - случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся

единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

**Законченный случай лечения в поликлинике** – обращение по поводу заболевания (кратность посещений по поводу одного заболевания не менее 2), когда цель обращения достигнута. Обращение, как законченный случай по поводу заболевания, складывается из первичных и повторных посещений.

Под законченным случаем в амбулаторных условиях понимается объём лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона амбулаторного пациента только при последнем посещении больного по данному поводу;

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

**Клинико-профильная группа (КПГ)** – группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи;

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

**Базовая ставка (БС)** – средний объём финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, а также с учетом других параметров (средняя стоимость законченного случая лечения);

**Коэффициент относительной затратноёмкости (КЗ)** – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний к среднему объёму финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

**Поправочные коэффициенты** - устанавливаемые на территориальном уровне: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов;

**Управленческий коэффициент** - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе;

**Коэффициент уровня оказания медицинской помощи** - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

**Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи** - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами и рассчитанный в соответствии с установленными правилами;

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

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

### **III. Способы оплаты медицинской помощи**

Оплата медицинских услуг, оказанных медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, осуществляется в соответствии со следующими способами оплаты медицинской помощи:

#### **1. В амбулаторно-поликлинических условиях:**

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц. Подушевой норматив включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной 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);
- за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);
- за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной

томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии).

Кроме того, подушевые нормативы не включают расходы на оказание амбулаторной помощи:

- стоматологического профиля;
- неотложной медицинской помощи;
- медицинской помощи, оказываемой в центрах здоровья;
- услуг гемодиализа;
- медицинской помощи, оказываемой специализированными офтальмологическими центрами;
- диспансеризации взрослого населения 1 этапа, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную семью, профилактические осмотры взрослого населения;
- профилактических медицинских осмотров взрослого населения, периодических медицинских осмотров несовершеннолетних;
- услуг по проведению цитологического исследования микропрепарата шейки матки и молекулярно-биологического исследования отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека.
- услуги по проведению позитронно-эмиссионного томографа.

Дистанционное диспансерное наблюдение пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития, а также медицинская помощь, оказываемая с применением телемедицинских технологий, включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц.

Подушевые нормативы для определения объемов финансовых средств устанавливаются для медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеющих прикрепленное население (приложение №1).

Подушевые нормативы на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях устанавливаются по половозрастным группам (приложение №2).

К подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц применяются коэффициенты уровня (подуровня) медицинской помощи (приложение №3) и коэффициенты дифференциации (приложение 4) в отношении медицинских организаций (юридических лиц) с учетом наличия у них подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями):

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек;

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

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент, утверждаемый ТС.

Размер дифференцированных подушевых нормативов для медицинских организаций установлен приложением №5.

Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения (приложение №6), а так же не включенной в подушевой норматив, осуществляется за услуги, посещение, обращение (законченный случай).

## **2. В условиях скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации:**

– по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Подушевой норматив для определения объемов финансовых средств на оказание скорой медицинской помощи рассчитывается на одно застрахованное лицо по половозрастным группам (приложение №2) для медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации (приложение №7) включает расходы на оплату скорой медицинской помощи в рамках базовой программы в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объёма медицинской помощи – вызов, за исключением:

– расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии;

– расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

Вызовы скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии оплачиваются за фактически выполненные объёмы по тарифам (приложение №8).

При определении объема финансирования Организации к подушевым нормативам применяются коэффициенты дифференциации, устанавливаемые ТС (приложения №2,9).

## **3. В условиях круглосуточного (в том числе для медицинской реабилитации, оказанной в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) и дневного стационаров**

– за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

– за прерванный случай оказания медицинской помощи 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.

Исключение составляют:

– заболевания, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

– процедуры диализа, включающие различные методы (оплата осуществляется за услугу дополнительно к оплате по соответствующей КСГ), при этом учитываются услуги, выполненные пациенту в течение всего периода его нахождения в круглосуточном стационаре.

Базовые ставки устанавливаются отдельно для медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара и в условиях дневного стационара, являются едиными для всех Организаций и включают расходы по основной нозологической группе, в том числе на реанимационные услуги, анестезиологические пособия, лечебные манипуляции, диагностические исследования, консультации специалистов (в т.ч. внешние), другие медицинские услуги параклинических подразделений.

Базовые ставки определяются исходя из следующих параметров:

– объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара (дневного стационара) по нормативам, установленным Программой;

– числа случаев госпитализации в круглосуточные стационары (дневные стационары) всех медицинских организаций.

При планировании объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (в том числе в условиях дневного стационара) и оплачиваемой по КСГ, из общего объема средств, рассчитанного исходя из нормативов территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, исключаются средства:

– предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;

– предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ или КПП;

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

Корректировка базовых ставок возможна в случае значительных отклонений фактических значений от расчетных не чаще одного раза в квартал.

Подушевые нормативы, тарифы и базовая ставка рассчитываются Департаментом и с учетом определенных Программой нормативов, рассматриваются Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Белгородской области (далее – Комиссия) и утверждаются в установленном порядке.

СМО при оплате счетов Организации за оказанные медицинские услуги руководствуется показателями, определенными в договорах на оказание и оплату медицинской помощи в системе ОМС (далее – Договора).

#### **4. Оплата медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров**

Оплата специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, за счет средств системы обязательного медицинского страхования, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, производится не выше 100% согласованного количества случаев госпитализации в расчете на квартал в целом по Организации.

Количество случаев высокотехнологичной помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, оказанной в стационарных условиях, не должно превышать количества случаев госпитализации, утвержденных приказом Департамента.

Оплата специализированной медицинской помощи осуществляется по системе КСГ заболеваний, на основе экономических параметров:

- базовая ставка (БС);
- коэффициент относительной затроемкости (КЗ) (приложение №№10,11);
- **поправочные коэффициенты:**
  - а) коэффициент управления (УК) (приложение №10,11);
  - б) коэффициент уровня оказания медицинской помощи (КУС) в условиях круглосуточного стационара (приложение №12);
  - в) коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) (приложение №13).

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи устанавливается дифференцированно для групп медицинских организаций:

а) коэффициент первого уровня оказания медицинской помощи – для медицинских организаций, оказывающих населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

б) коэффициент второго уровня оказания медицинской помощи – для медицинских организаций, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, а

так же для специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров, диспансеров;

в) коэффициент третьего уровня оказания медицинской помощи – для медицинских организаций, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

В связи с отсутствием различий в оказании медицинской помощи в дневном стационаре в медицинских организациях области (приложение №14) коэффициент уровня оказания медицинской помощи равен 1.

Оплата медицинской помощи осуществляется по стоимости случая лечения, входящего в соответствующую КСГ.

Перечень КСГ, к которым не применяются поправочные коэффициенты (КУС и УК) при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров определены приложением №15.

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

- диагноз (код по 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 октября 2017 года № 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, шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии, шкала реабилитационной маршрутизации;
- длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);
- количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- пол;
- длительность лечения.

Алгоритм отнесения каждого случая к соответствующей КСГ определяется инструкцией по группировке случаев в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», разработанными Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее – Методические рекомендации)



Оплата случаев лечения по профилю «Онкология» осуществляется согласно инструкции к Методическим рекомендациям.

В случае если при оказании медицинской помощи пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) другие применяемые технологии, являющиеся квалификационным критерием, оплата осуществляется по клинико-статистической группе заболеваний (код в соответствии с Номенклатурой).

Если в рамках одного случая лечения пациенту было оказано несколько хирургических вмешательств и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся квалификационными критериями, оплата осуществляется по клинико-статистической группе заболеваний, которая имеет более высокий коэффициент относительной затроемкости.

В том случае, если при оказании медицинской помощи пациенту не выполнялось хирургическое вмешательство, оплата осуществляется по клинико-статистической группе заболеваний (код по МКБ 10).

#### **4.1. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи**

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи 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.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальным сроком лечения (приложение №16).

В случае если пациенту была выполнена хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся квалификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 90% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ;

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара (в том числе из круглосуточного стационара в дневной) в случае, если это обусловлено возникновением 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 так же при переводе пациента из одной медицинской

организации в другую, оба случая лечения заболевания оплачиваются в размере 100% по соответствующим КСГ, за исключением прерванных случаев длительностью 3 дня и менее.

При этом 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.

При оплате услуг дневных стационаров день поступления и день выписки считаются двумя днями (за исключением случаев пребывания больных в дневных стационарах в течение одного календарного дня). Стоимость законченного случая лечения учитывает оказание медицинской помощи в выходные и праздничные дни.

Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

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

- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением в случае пребывания в отделение патологии беременности в течение 6 дней и более (st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», а также st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение»);

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

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

O14.1 Тяжелая преэклампсия.

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

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

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

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

По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

КСГ st01.001 «Беременность без патологии, родовая госпитализация в отделение сестринского ухода» предъявляется к оплате только медицинскими организациями, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

При выполнении операции кесарева сечения (A16.20.005 Кесарево сечение) случай относится к КСГ st02.004 вне зависимости от диагноза.

Если в ходе оказания медицинской помощи роженице выполнялась операция, входящая в КСГ st02.012 или st02.013 (операции на женских половых органах уровней 3 и 4), субтотальная или тотальная гистерэктомия, отнесение случая производится к КСГ по коду операции.

Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по КСГ по профилю «Неонатология».

Перечень случаев, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) определен ТС.

Перечень клинико-статистических групп, к которым применяется КСЛП при проведении сочетанных хирургических вмешательств, установлен приложением №17.

Перечень клинико-статистических групп, к которым применяется КСЛП при проведении однотипных операций на парных органах, установлен приложением №18.

КСЛП применяется также при сверхдлительных сроках госпитализации, обусловленных медицинскими показаниями. К сверхдлительным срокам госпитализаций относятся случаи лечения длительностью более 30 дней, за исключением ряда КСГ (приложение №19) для которых сверхдлительными являются сроки лечения, превышающие 45 дней.

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8 за исключением случаев сверхдлительной госпитализации. В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется без ограничения итогового значения.

## **4.2. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи**

Высокотехнологичная медицинская помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет средств ОМС, оплачиваются в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи (приложение №20).

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения

аналогичным параметрам. В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, 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.

При оказании высокотехнологичной помощи на парных органах в рамках одной госпитализации, оплата осуществляется за законченный случай госпитализации.

## **5. Оплата вспомогательных репродуктивных технологий**

Оплата вспомогательных репродуктивных технологий осуществляется за законченный случай оказания помощи в условиях дневного стационара по соответствующей КСГ. При проведении отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, криоконсервации и размораживания эмбрионов, к случаям проведения ЭКО применяются поправочные коэффициенты (КСЛП) (приложение №13). Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет 1 день и оказывается в условиях дневного стационара.

## **6. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»**

Лечение по профилю «Медицинская реабилитация» производится в условиях круглосуточного, а также дневного стационара в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Для КСГ №№ st37.001-st37.018 в стационарных условиях и для КСГ №№ ds37.001-ds37.012 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной реабилитационной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной приказом департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях с оплатой по соответствующей КСГ.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с

нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

## **7. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа**

При оказании медицинской помощи, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа, в условиях круглосуточного стационара – за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации.

В период лечения, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. В случае, если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

## **8. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением стоматологической помощи)**

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется:

– **по подушевым нормативам на прикрепленное население**, в пределах объемов, установленных Комиссией и средств, полученных Организацией по подушевым нормативам с учетом коэффициентов дифференциации, в соответствии с актами согласования численности застрахованных граждан, прикрепленных к Организации, и объемов финансирования медицинской организации между СМО и Организацией по состоянию на 1-е число отчетного месяца (далее – **Акт**).

При этом в реестры счетов на оплату медицинской помощи включаются все единицы объема с указанием размеров установленного тарифа. В случае превышения стоимости медицинской помощи, оказанной в отчетном месяце профильными специалистами населению, прикрепленному к Организации, над доходами, полученными данным подразделением исходя из численности прикрепленного населения, оплате подлежат фактически предъявленные услуги. Сумма превышения учитывается при формировании счетов в следующем месяце.

– за единицу услуги, посещение, законченный случай лечения оплачивается медицинская помощь, не включенная в подушевой норматив, в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения, а так же оказанная не прикрепленному населению.

Источником оплаты услуг неприкрепленному населению являются средства, полученные по подушевым нормативам медицинской организацией, к которому прикреплен гражданин. Взаиморасчеты между медицинскими организациями за услуги неприкрепленным гражданам осуществляют страховые медицинские организации.

Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях (посещения, обращения) (за исключением диспансеризации всех групп населения, профилактических осмотров взрослого населения и периодических медицинских осмотров детского населения) оплачивается в пределах объемов, установленных Комиссией на квартал по тарифам приложение №21.

Диспансеризация всех групп населения, профилактические осмотры взрослого населения, периодические профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (приложение №22,23,24), оплачиваются за фактически выполненные комплексные посещения, в пределах годовых объемов, установленных приказами департамента здравоохранения и социальной защиты населения.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются завершенными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% объема профилактического осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии с двойным прочтением результата, исследования кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

За услугу по утвержденным тарифам оплачивается медицинская помощь:

– при проведении сеансов гемодиализа, для расчета стоимости услуги диализа к базовому тарифу применяются коэффициенты относительной затратноёмкости (приложение №25);

– медицинская помощь, оказываемая специализированными офтальмологическими центрами (приложение №26);

– диагностические услуги МРТ, СКТ, КТ, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических

исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии (приложение № 27)

– радиоизотопные исследования, услуги позитронно-эмиссионного томографа, услуги по дистанционному диспансерному наблюдению пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития, услуги с применением телемедицинских технологий (приложение №28), лабораторные услуги выполняемые централизованными лабораториями (приложение №29).

Услуги гемодиализа, позитронно-эмиссионного томографа, КТ, МРТ, СКТ, радиоизотопные исследования, ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, гистологические исследования и молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, услуги по проведению цитологического исследования микропрепарата шейки матки, молекулярно-биологического исследования отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека, дистанционного наблюдения за показателями артериального давления, услуги с применением телемедицинских технологий, оплачиваются за фактически выполненные объемы в пределах годовых объемов, установленных Комиссией по медицинским организациям.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний.

Медицинские услуги, оказываемые в офтальмологических центрах оплачиваются в пределах объёмов, установленных Комиссией на квартал.

Медицинские услуги, оказанные лицам в центрах здоровья, оплачиваются на основе тарифов (приложение №№30,31) за проведенные комплексные обследования, обследования с целью динамического наблюдения, в пределах объёмов, установленных Комиссией на квартал.

Оплата комплексного обследования впервые обратившихся взрослых в отчетном году осуществляется при обязательном выполнении услуг: 601002, 602001, 602002, 602004, 602006, 602010, 602012, 602016, 602018, 6170165, услуги с кодами: 602003 – проводятся всем обратившимся старше 30 лет, 602005 – при наличии показаний, 602017 – при наличии показаний и согласия пациента.

Оплата комплексного обследования в центрах здоровья впервые обратившихся детей в отчетном году осуществляется при обязательном выполнении услуг 601002, 602001, 602002, 602004, 602006, 6170165.

В тарифе комплексного обследования предусмотрены компенсационные затраты на проведение услуг школ здоровья и групп лечебной физкультуры.

Оплата обследования с целью динамического наблюдения производится по тарифу динамического наблюдения, включающего осмотр врача центра здоровья и услуги, требующей динамического наблюдения из перечня

обязательных услуг. Динамическое наблюдение не осуществляется в день проведения комплексного обследования.

Финансирование фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) осуществляется ежемесячно на основании нормативов финансовых затрат, установленных ТС (приложение №32) в соответствии с актами согласования объемов финансирования между СМО и Организацией по состоянию на 1-е число отчетного квартала из расчета 1/12 годовой суммы, предусмотренной на эти цели.

Оплата выполненных организациями услуг (межучережденческие расчеты) производится по тарифам, определенным ТС (приложение №33) на основании заключенных между ними договоров.

В случае заключения договора с Организацией, не участвующими в реализации Программы, оплата производится по ценам, определяемым Департаментом.

### **9. Оплата стоматологической помощи**

Оплата стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, осуществляется по посещениям и обращениям с учетом УЕТ в соответствии с классификатором основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) (приложение №34).

Стоматологическая помощь оплачивается в пределах объемов, установленных Комиссией на квартал (до достижения одного из показателей – посещения, обращения, УЕТ) на основе шкалы единых тарифов.

### **10. Оплата скорой медицинской помощи вне медицинской организации**

Оплата скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказанной застрахованным гражданам Белгородской области, осуществляется по подушевым нормативам с учетом коэффициентов дифференциации, установленных ТС в соответствии с актами согласования численности застрахованных граждан, прикрепленных к Организации, и объемов финансирования медицинской организации между СМО и Организацией по состоянию на 1-е число отчетного месяца (далее – Акт).

Оплата случаев проведения тромболитической терапии производится за фактически выполненные вызовы, по стоимости одного вызова. В случае превышения числа фактически выполненных вызовов с проведением тромболитической терапии над плановым значением, Комиссией производится корректировка коэффициентов дифференциации подушевых нормативов.



Реестры счетов за оказанную медицинскую помощь формируются за фактически выполненные вызовы по стоимости одного вызова, по видам специализации выезжающих бригад, за исключением вызовов с проведением тромболитической терапии.

При оказании скорой медицинской помощи лицам за пределами территории страхования оплата производится территориальным фондом ОМС по тарифам за вызов.

## **11. Оплата лабораторных услуг, оказываемых централизованными лабораториями**

Стоимость лабораторных медицинских услуг включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц (кроме цитологического исследования микропрепарата шейки матки и молекулярно-биологического исследования отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека, а так же гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) и в стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ.

Оплата услуг централизованных лабораторий производится по тарифам на лабораторные услуги за фактически выполненные объемы.

Страховые медицинские организации и территориальный фонд обязательного медицинского страхования осуществляют оплату лабораторных услуг, оказанных централизованными лабораториями, на основании представленных реестров-счетов и счетов на оплату медицинской помощи.

Централизованной лабораторией представляется реестр счетов по установленным тарифам на каждое выполненное лабораторное исследование с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление.

При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, уменьшается на объем средств, перечисленных централизованной лабораторией за выполнение лабораторных исследований по направлениям, выданным медицинской организацией.

## **12. Неоплата или неполная оплата услуг**

Неоплата или неполная оплата медицинских услуг, а также взыскание с медицинской организацией штрафов за ненадлежащее исполнение обязательств, неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества осуществляются Фондом и (или) СМО по результатам проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (МЭК, МЭЭ и ЭКМП) в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение №35).

При расчёте СМО размера финансовых санкций, применяемых к Организации по результатам проведения МЭЭ и ЭКМП, оказанной врачами - терапевтами участковыми, врачами - педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами), применяется стоимость посещения, обращения, специалистами скорой медицинской помощи – стоимость вызова, утвержденные ТС.

Финансовые санкции по результатам МЭЭ и ЭКМП применяются к стоимости законченного случая.

#### **IV. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи**

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы предусмотренные пунктом 7 статьи 35 Федерального закона РФ от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Расходы на заработную плату включаются в тариф в соответствии с постановлениями, распоряжениями Правительства Российской Федерации и Правительства Белгородской области, регулирующими вопросы оплаты труда работников здравоохранения. В тарифы на оплату медицинской помощи в части расходов на заработную плату включено финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, предусматривающих рост заработной платы в соответствии с индикаторами программы развития здравоохранения и «дорожной карты», приобретение мягкого инвентаря и продуктов питания – в соответствии с нормами потребления.

Тарифы на проведение заместительной почечной терапии методами гемодиализа включают расходы на приобретение расходных материалов, при этом проезд пациентов до места оказания услуг не включен в тариф на оплату медицинской помощи.

Финансовые нормативы предусматривают компенсацию расходов на содержание административно-управленческого и младшего медицинского персонала, а также расходов на обеспечение деятельности Организации в части, относящейся к деятельности по ОМС.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год составляет в условиях:

- круглосуточного стационара – 5 612,63 рублей;
- дневного стационара – 1 253,90 рублей;
- амбулаторно-поликлинической помощи – 4 360,72 рублей;
- скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации – 688,88 рублей.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи) составляет:

- для круглосуточного стационара – 22 678,7 рублей;
- для дневного стационара – 12 340,01 рублей.

При расчете стоимости лечения по регрессным искам к причинителям вреда здоровью, возникшего в связи с противоправными действиями и случаям причинения вреда по несчастным случаям на производстве, применяется стоимость, утвержденная ТС.

## V. Заключительные положения

Департамент, Фонд, Организации, СМО ежегодно согласовывают и по необходимости пересматривают годовые объемы медицинской помощи, оказываемые в рамках Программы.

Корректировка объемов предоставления медицинской помощи, распределенных между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, может осуществляться Комиссией ежемесячно, но не реже одного раза в квартал на основе предложений:

а) медицинских организаций с указанием причин, которыми могут являться:

- изменение численности прикрепленных застрахованных лиц, выбравших данную медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи;

- изменение маршрутизации пациентов на период более 1 месяца, в том числе по причине закрытия медицинских организаций (структурных подразделений), подтвержденное приказами (распоряжениями) департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области;

- рост инфекционной заболеваемости, чрезвычайные происшествия, техногенные катастрофы, стихийные бедствия и т.п., по причине которых резко изменяется объем оказания экстренной (неотложной) медицинской помощи;

- реорганизация или изменение структуры медицинской организации (открытие новых отделений, врачебных приемов, увеличение коечного фонда);

- подтвержденные соответствующими правовыми актами получение лицензии на новый вид медицинской деятельности, ранее не заявленной при формировании предложений по объемам предоставления медицинской помощи, и другие причины;

б) страховых медицинских организаций с указанием причин, которыми могут являться существенное изменение численности застрахованных лиц по полу и возрасту, повышенная заболеваемость и другие причины;

в) территориального фонда по данным персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

г) департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области.

Объемы медицинской помощи корректируются решением Комиссии после предоставления соответствующего обоснования.

ТС вступает в силу с момента его подписания, распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2020 года, и действует до принятия нового.

ТС может быть изменено или дополнено по взаимному согласию всех Сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью ТС с момента их подписания Сторонами.

Стороны принимают на себя обязательства строго выполнять ТС.

ДЕПАРТАМЕНТ:



Н.Н. Зубарева

ПРОФСОЮЗ:



Л.А. Веткова

ФОНД:



Н.М. Капашников

АССОЦИАЦИЯ:

А.Г. Жарко

АО

«Медицинская акционерная  
страховая компания» АО «МАКС-М»:



К.В. Шевченко

