

**Тарифное соглашение по оплате медицинской помощи  
в сфере обязательного медицинского страхования  
Курганской области на 2025 год**

г. Курган

23.01.2025

**Раздел I. Общие положения**

1. На основании части 2 статьи 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановления Правительства Курганской области от 13 марта 2012 года № 71 «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Курганской области» (далее – комиссия) следующие представители сторон, включенные в состав комиссии

**от Департамента здравоохранения Курганской области:**

Островских Елена Викторовна – директор Департамента здравоохранения Курганской области;

**от Территориального фонда обязательного медицинского страхования Курганской области** (далее – ТФ ОМС Курганской области):

Кобзарь Оксана Николаевна - заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Курганской области по финансово-экономическим вопросам;

**от страховых медицинских организаций:**

Кондратьева Татьяна Николаевна – заместитель директора АО «АСТРАМЕД-МС» (СМК) ФИЛИАЛ В КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ;

**от медицинских профессиональных некоммерческих организаций, созданных в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:**

Чернов Владимир Федорович - председатель Курганской областной общественной организации «Ассоциация медицинских работников Курганской области»;

**от профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций):**

Мухтяева Галина Феликсовна - председатель Курганской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, именуемые в дальнейшем «Стороны», действующие в соответствии с:

- Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- Федеральным законом от 29.11.2010г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 №1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» (далее – Программа);

- Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019г. № 108н;

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

- Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, от 19.02.2024 №31-2/200 одобренных решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по актуализации методологических подходов к оплате медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Методические рекомендации);

- приказом Минздрава России от 13.03.2021 г. № 231н «Об утверждении порядка



проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»;

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 г. №44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

- Законом Курганской области от 24.12.2024 №685 «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Курганской области на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»;

- постановлением Правительства Курганской области от 13.03.2012г. № 71 «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Курганской области»;

- Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Курганской области медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, утвержденной постановлением Правительства Курганской области от 18.12.2024г. № 459 (далее – Территориальная программа);

- другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Курганской области,

заключили настоящее Тарифное соглашение по оплате медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования Курганской области на 2025 год (далее - Тарифное соглашение) о нижеследующем.

2. Предметом Тарифного соглашения являются согласованные Сторонами тарифы по обязательному медицинскому страхованию на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи в Курганской области, размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, направления расходования средств, признаваемые нецелевым использованием средств обязательного медицинского страхования, а также прочие положения по оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам медицинскими организациями, имеющими право на осуществление медицинской деятельности и включенными в соответствии со статьей 15 Федерального закона от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ) в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Курганской области (далее – медицинские организации), в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, утвержденной Территориальной программой (далее – программа ОМС).

3. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона № 326-ФЗ, по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования, на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи.

4. Оплате за счет средств обязательного медицинского страхования подлежит объем предоставления медицинской помощи застрахованным гражданам на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов и финансового обеспечения, установленных



решением комиссии, в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС.

В случае превышения объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, распределенных медицинской организации решением комиссии, медицинская организация обязана обратиться в комиссию с предложением о перераспределении объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи.

5. Оплата медицинской помощи страховыми медицинскими организациями и ТФ ОМС Курганской области производится с учётом результатов контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, осуществляемого в соответствии с порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 13.03.2021 г. № 231н.

## **Раздел II. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Курганской области**

6. На территории Курганской области применяются способы оплаты медицинской помощи, установленные программой ОМС. Установленные способы оплаты являются едиными для всех медицинских организаций, участвующих в реализации программы ОМС.

Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Курганской области, применяемые при реализации Территориальной программы ОМС.

6.1 При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

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

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



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

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

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

отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;

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

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

медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

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

за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клинко-статистические группы заболеваний);

за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 7 Программы, числе в сочетании с оплатой за услугу диализа, а также за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клинко-статистические группы заболеваний (далее – прерванный случай).



6.3 При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

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

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением № 7 к Программе, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

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

по подушевому нормативу финансирования;

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

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

Для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, при оказании медицинской помощи прикрепленному населению в плановой форме, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц осуществляется финансовое обеспечение:

- первичной доврачебной медико-санитарной помощи, оказываемой фельдшерами и другими медицинскими работниками со средним профессиональным медицинским образованием, в том числе оказываемой с использованием мобильных медицинских комплексов (мобильный ФАП);

- первичной врачебной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами), в том числе оказываемой с использованием мобильных медицинских комплексов (мобильный ФАП);

- первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-специалистами медицинских организаций.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает финансовые средства на оплату собственной деятельности медицинских организаций (по видам медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках подушевого финансирования), а также средства на оплату внешних услуг, оказанных



прикрепленным к данной медицинской организации застрахованным лицам в иных медицинских организациях-исполнителях (за единицу объема медицинской помощи).

Расчеты между медицинскими организациями осуществляются страховыми медицинскими организациями.

Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке устанавливается в размере 2,5% от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций проводится комиссией 1 раз в квартал. Показатели результативности деятельности, порядок расчета значений показателей результативности, а также порядок осуществления выплат медицинским организациями установлены приложениями 2.3, 2.3.1, 2.3.2 к настоящему Тарифному соглашению.

Для всех медицинских организаций при оказании медицинской помощи гражданам, не прикрепленным к медицинской организации, финансовое обеспечение осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), комплексное посещение.

Оплата неотложной медицинской помощи производится по тарифам за законченный случай, исходя из стоимости посещения.

Оплата медицинской помощи, оказанной по специальности «акушерство и гинекология», производится по тарифам за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

Оплата медицинской помощи, оказанной по специальности «стоматология», «ортодонтия», производится по тарифам за законченный случай, исходя из стоимости УЕТ. Классификатор основных медицинских услуг при оказании стоматологической медицинской помощи представлен в приложении 2.7 к настоящему Тарифному соглашению.

При пересчете УЕТ в посещения используется переводной коэффициент - 4,0, в обращения - 9,4.

Тарифы за посещение и обращение включают расходы на посещение врача соответствующей специальности (среднего медицинского работника, ведущего самостоятельный прием) и расходы вспомогательных лечебно-диагностических подразделений на проведение необходимых диагностических исследований и лечебных процедур, за исключением услуг, на которые данным Тарифным соглашением установлены отдельные тарифы.

Оплата медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», производится по тарифам за комплексное посещение (законченный случай).

Оплата диспансерного наблюдения, отдельных категорий граждан из числа взрослого населения осуществляемого в соответствии с приказами Минздрава России от 15.03.2022 №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» и от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями», включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, в том числе в центрах здоровья производится по тарифам за комплексное посещение (законченный случай).

Оплата диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, производится по тарифам за комплексное посещение (законченный случай).

Оплата медицинской помощи в центрах здоровья производится по тарифам за комплексное посещение (законченный случай).

Оплата углубленной диспансеризации производится за комплексное посещение (законченный случай).

Оплата диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, производится за комплексное посещение (законченный случай).



Оплата доабортного консультирования беременных женщин, включая консультацию психолога, в целях профилактики прерывания беременности, осуществляемого в соответствии с порядками оказания медицинской помощи женщинам (приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" от 20.10.2020 № 1130н), производится по тарифу за профилактическое посещение к акушеру-гинекологу.

Оплата медико-психологического консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период медицинским психологом по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, производится по тарифу за посещение медицинского психолога.

Оплата проведения профилактических осмотров и диспансеризации граждан:

- диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в соответствии с приказом Минздрава России №72н от 15.02.2013 «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» производится за законченный случай проведения первого этапа диспансеризации (комплексное посещение), посещение при проведении второго этапа диспансеризации;

- диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в соответствии с приказом Минздрава России №275н от 21.04.2022 г. «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» производится за законченный случай проведения первого этапа диспансеризации (комплексное посещение), посещение при проведении второго этапа диспансеризации;

- профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в соответствии с приказом от 10.08.2017 N 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних" производится за законченный случай проведения профилактического медицинского осмотра (комплексное посещение), посещение при проведении второго этапа профилактического медицинского осмотра.

- профилактического медицинского осмотра, первого и второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе углубленной в соответствии приказом Минздрава России от 27.04.2021 N 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – Приказ № 404н) производится за законченный случай проведения профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации (комплексное посещение), посещение при проведении второго этапа диспансеризации.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются выполненными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского 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, исследование 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, определение простат-специфического антигена в крови, которые проводятся в соответствии с приложением N 2 к Приказу №404н.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации взрослого населения включает проведение скринингового исследования на антитела к гепатиту С



граждан в возрасте 25 лет и старше 1 раз в 10 лет путем определения суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови. Медицинская услуга A26.06.041.002 "Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови".

В дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), проходят углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства в соответствии с перечнем исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации, установленным приложением №5 Программы.

Углубленная диспансеризация не может быть проведена до профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения.

При проведении углубленной диспансеризации одновременно (в один отчетный период) с профилактическим медицинским осмотром или первым (вторым) этапом диспансеризации, профилактический прием (осмотр) врача - терапевта, врача – терапевта участкового, врача общей практики(семейного врача) не тарифицируется (устанавливается равным нулю).

Для женщин и мужчин репродуктивного возраста (возраст 18 - 49 лет) одновременно с прохождением профилактического осмотра или диспансеризации организуется проведение диспансеризации, направленной на оценку их репродуктивного здоровья в соответствии с перечнем исследований и иных вмешательств, установленным приложением №6 Программы.

В случае совпадения осмотров врачами специалистами или исследований и иных медицинских вмешательств, проведенных при первом этапе диспансеризации взрослого населения и диспансеризации, направленной на оценку их репродуктивного здоровья, оплате подлежат осмотры врачами специалистами или исследования и иные медицинские вмешательства, проведенные пациенту при первом этапе диспансеризации взрослого населения.

Указанные выше осмотры врачами специалистами либо исследования и иные медицинские вмешательства, проведенные пациенту при диспансеризации, направленной на оценку их репродуктивного здоровья, не тарифицируются (тариф устанавливается равным нулю).

Первый этап диспансеризации, направленной на оценку репродуктивного здоровья, считается завершенным при условии выполнения всех услуг, установленных Методическими рекомендациями по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья, предусмотренных для соответствующей возрастной группы (Приложение 2.5.2). Оплата осуществляется за посещение и(или) медицинскую услугу, оказанную в рамках проведения диспансеризации, направленной на оценку репродуктивного здоровья.

Второй этап диспансеризации, направленной на оценку репродуктивного здоровья, оплачивается за посещение и(или) медицинскую услугу. При проведении второго этапа диспансеризации репродуктивного здоровья мужчин для лабораторной диагностики в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза в минимальный перечень исследований входят следующие услуги:

- A26.21.036.001 Определение ДНК возбудителей инфекции, передаваемые половым путем (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*) в отделяемом из уретры методом ПЦР;

- A26.21.033.001 Определение ДНК уреаплазм (*Ureaplasma spp.*) в отделяемом из уретры методом ПЦР, качественное исследование.

При проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации (за исключением диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или



патронатную семью) могут учитываться результаты ранее проведенных (не позднее одного года) медицинских осмотров, диспансеризации, подтвержденные медицинскими документами гражданина, за исключением случаев выявления у него симптомов и синдромов заболеваний, свидетельствующих о наличии медицинских показаний для повторного проведения исследований и иных медицинских мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации.

При проведении диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего, давность которых не превышает 3 месяцев с даты проведения осмотра и (или) исследования, а у несовершеннолетних, не достигших возраста 2 лет, учитываются результаты осмотров и исследований, давность которых не превышает 1 месяца с даты осмотра и (или) исследования.

При проведении полного комплекса мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации мобильными медицинскими бригадами к стоимости законченного случая применяется повышающий коэффициент 1,05.

При проведении полного комплекса мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации взрослого населения за один календарный день в воскресенье, являющийся выходным днём, при условии, что случай является завершённым, оплата производится по отдельным тарифам, учитывающим работу в выходные дни.

Услуги диализа в амбулаторных условиях не оказываются.

Молекулярно-генетические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии медицинскими организациями, находящимися на территории Курганской области, не выполняются.

Позитронно-эмиссионная томография с рентгеновской компьютерной томографией медицинскими организациями, находящимися на территории Курганской области, не выполняется.

При проведении диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, диспансеризации граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, профилактических медицинских осмотров и медицинских осмотров, в случае отсутствия у медицинской организации лицензии на осуществление медицинской деятельности по отдельным видам работ (услуг), необходимых для проведения вышеуказанных мероприятий в полном объеме, или врачей – специалистов требуемых специальностей, медицинская организация (заказчик) заключает договор с иной организацией (исполнитель), имеющей лицензию на требуемые виды работ (услуг), о привлечении соответствующих медицинских работников к проведению диспансеризации.

Включение исполнителем объемов медицинской помощи, оказанной при проведении диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, диспансеризации граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, профилактических медицинских осмотров и медицинских осмотров в реестр счетов за оказанную медицинскую помощь, не допускается.

Посещения в течение дня пациентом одного и того же врача учитывается как одно посещение (приложение № 1 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.11.2003 года № 545 «Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации»).

Отдельные медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях и определенные приложением 2.1 к настоящему Тарифному соглашению, в течение дня у одного и того же врача, подлежат учету и оплате в полном объеме, исключением является проведение в один день компьютерной или магнито-резонансной томографии с контрастированием нескольких анатомических зон, оплата производится по тарифу с



контрастированием для одной зоны, для остальных зон используется тариф без контрастирования.

Одновременное выполнение компьютерной или магнито-резонансной томографии, дублирующей друг друга или смежных областей, попадающих в один срез, не допускается.

В случае организации круглосуточного оказания неотложной медицинской помощи без последующей госпитализации в стационар в травмпункте или в приемном покое круглосуточного стационара, соответствующая отметка в реестре оказанной медицинской помощи устанавливается медицинской организацией.

8. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара.

Оплата медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара производится по тарифам:

за случай госпитализации (законченный случай лечения) заболевания, включенного в соответствующую клинко-статистическую группу заболеваний;

за прерванный случай госпитализации;

по нормативу финансовых затрат за случай госпитализации (законченный случай лечения) при оказании высокотехнологичной медицинской помощи (далее ВМП) утвержденному разделом 1 приложения 1 Программы;

за услугу диализа дополнительно к стоимости КСГ, являющейся поводом для госпитализации или к стоимости случая оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Оплата производится за услуги диализа, фактически выполненные в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

При определении срока лечения пациента день поступления в круглосуточный стационар и день выписки из круглосуточного стационара считаются за один койко-день.

Расчет срока лечения пациента при переводе в другое профильное отделение в условиях круглосуточного стационара осуществляется следующим образом:

- для переводящего отделения круглосуточного стационара – день поступления в круглосуточный стационар и день перевода считаются за один койко-день;

- для принимающего отделения круглосуточного стационара – день перевода из круглосуточного стационара и день выписки из круглосуточного стационара считаются за один койко-день.

9. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров.

Оплата медицинской помощи в условиях дневных стационаров всех типов в рамках программы ОМС производится по тарифам:

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую клинко-статистическую группу заболеваний;

за прерванный случай оказания медицинской помощи;

за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, с учетом фактически выполненных процедур. За законченный случай в условиях дневного стационара принимается один месяц.

Виды дневных стационаров:

- дневной стационар при поликлинике;

- дневной стационар (отделение, палата) при больничном учреждении;

- дневной стационар на дому.

Особенности формирования КСГ для случаев проведения экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в дневном стационаре предусмотрены Методическими рекомендациями.

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

При определении срока лечения пациента день поступления в дневной стационар и день выписки из дневного стационара считаются за два пациенто-дня.



Расчет срока лечения пациента при переводе в другое профильное отделение в условиях дневного стационара осуществляется также, как в условиях круглосуточного стационара.

#### 10. Сведения о применении способов оплаты скорой медицинской помощи.

Оплата вызова бригады скорой медицинской помощи к гражданам, не прикрепленным к медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, осуществляется по стоимости вызова бригады скорой медицинской помощи.

Расчеты между медицинскими организациями осуществляются страховыми медицинскими организациями.

При оплате скорой медицинской помощи за прикрепленное население принимается:

- для ГБУ «Курганская больница скорой медицинской помощи» - застрахованное население, прикрепленное к медицинским организациям г. Кургана (за исключением населения прикрепленного к ГБУ «Курганская областная больница №2»);
- для ГБУ «Шадринская городская больница» - застрахованное население, прикрепленное к медицинским организациям г. Шадринска и к ГБУ «Шадринская ЦРБ»;
- для остальных медицинских организаций, имеющих в своем составе отделение скорой медицинской помощи – прикрепленное к ним застрахованное население.

#### 11. Медицинская помощь с пересечением сроков лечения, не подлежащая оплате.

- Амбулаторные посещения, услуги в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре, кроме дня поступления и выписки из стационара.

- Амбулаторные посещения, услуги (кроме профиля «стоматология») в период пребывания застрахованного лица в условиях дневного стационара, кроме:

дня поступления и выписки из дневного стационара;

проведения услуг гемодиализа;

противоопухолевого лечения;

лечения хронического вирусного гепатита С (ds12.005, ds12.022 - ds12.027);

медицинской помощи при проведении ЭКО (ds02.008 - ds02.011);

консультаций в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме;

проведения компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии, оказанной в иной медицинской организацией с диагнозом, отличным от диагноза лечения в условиях дневного стационара.

- Госпитализация в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре, кроме:

дня поступления и выписки из стационара;

проведения услуг гемодиализа (при нахождении пациента на круглосуточном лечении в иной медицинской организации);

медицинской помощи при проведении ЭКО (ds02.008- ds02.011);

лечения хронического вирусного гепатита С (ds12.005, ds12.022 - ds12.027).

- Несколько случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу с пересечением или совпадением сроков лечения, кроме случаев иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции (КСГ st36.025, st36.026 и ds36.013, ds36.014) в сочетании с КСГ для случаев госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся в том числе показанием к иммунизации».

- Проведение компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии в день поступления и выписки из круглосуточного стационара при условии, если помощь оказана одной и той же медицинской организацией.

#### 12. Оплата медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в других субъектах Российской Федерации, в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования, производится в



соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 N 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» по тарифам за единицу объема медицинской помощи, утвержденным Тарифным соглашением.

Оплата медицинской помощи гражданам, не застрахованным в сфере обязательного медицинского страхования Российской Федерации за счет средств обязательного медицинского страхования не производится.

Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Курганской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты установлен приложением 1 к Тарифному соглашению.

### **Раздел III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи**

13. При определении размера тарифов на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях установлены:

13.1 половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения (приложение 2.2. Тарифного соглашения);

13.2 перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования:

- первичная доврачебная медико-санитарная помощь, оказываемая фельдшерами и другими медицинскими работниками со средним профессиональным медицинским образованием, в том числе оказываемая с использованием мобильных медицинских комплексов (мобильный ФАП);

- первичная врачебная медико-санитарная помощь, оказываемая врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами), в том числе оказываемая с использованием мобильных медицинских комплексов (мобильный ФАП);

- первичная специализированная медико-санитарная помощь, оказываемая врачами-специалистами медицинских организаций;

- медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий (телемедицинское консультирование – оказание медицинской помощи с применением информационных технологий, обеспечивающих дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, дистанционное взаимодействие медицинских работников с пациентом, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций);

- проведение медицинским психологом консультирования пациентов (по направлению лечащего врача) из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает финансовые средства на оплату собственной деятельности медицинской организации (по видам медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках подушевого финансирования), а также средства на оплату внешних услуг, оказанных прикрепленным к данной МО застрахованным лицам в иных медицинских организациях - исполнителях (за единицу объема медицинской помощи).

13.3 перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования:

- объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Территориальной программой размерами финансового обеспечения фельдшерских



здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов;

- объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований:

- компьютерной томографии,

- магнитно-резонансной томографии,

- позитронной эмиссионной томографии, позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией,

- однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией,

- ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы,

- эндоскопических диагностических исследований,

- молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала;

- объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой;

- объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи при ее оказании пациентам в части ведения школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом;

- объем средств, направляемых на оплату комплексных посещений по профилю «медицинская реабилитация»;

- объем средств, направляемых на оплату посещений по профилю «акушерство и гинекология»;

- объем средств, направляемых на оплату посещений по профилю «стоматология»;

- объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой центрами здоровья;

- объем средств, направляемых на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации взрослого населения (углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин), установленных приказами Министерством здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 N 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»,

- объем средств, направляемых на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации детского населения, установленных приказами Министерством здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 21.04.2022 № 275н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью»;

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

- объем средств, направляемых на оплату диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

- объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи предусмотренных приложением 2.1 настоящего Тарифного соглашения;

- объем средств, направляемых на оплату эндовазальной лазерной коагуляции вен нижних конечностей.

13.4 средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу



объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 8 566,72 рублей;

13.5 размеры базовых подушевых нормативов финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (приложение 2.2 Тарифного соглашения);

13.6 значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, учитывающие установленные Тарифным соглашением коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, коэффициенты половозрастного состава, коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации), коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации установлены приложением 2.2 Тарифного соглашения;

13.7 тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), комплексные посещения), применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями субъекта Российской Федерации лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации определены следующими приложениями к настоящему Тарифному соглашению:

приложение 2 «Стоимость единицы объема амбулаторной медицинской помощи»;

приложение 2.1 «Стоимость диагностических услуг, исследований»;

приложение 2.5 «Стоимость законченного случая при проведении профилактических мероприятий взрослого населения»;

приложение 2.5.1 «Стоимость исследований и медицинских вмешательств, включенных в углубленную диспансеризацию»;

приложение 2.5.2 «Стоимость исследований и медицинских вмешательств, включенных в диспансеризацию для оценки репродуктивного здоровья»;

приложение 2.6 «Стоимость законченного случая при проведении профилактических мероприятий детского населения»;

13.8 перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, и критерии их оценки (включая целевые значения), а также порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей определены следующими приложениями к настоящему Тарифному соглашению:

приложение 2.3 «Показатели результативности деятельности медицинских организаций»;

приложение 2.3.1 «Порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности медицинских организаций»;

приложение 2.3.2 «Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций»;

13.9 размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия (несоответствия) требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации установлен приложением 2.4 «Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско - акушерских пунктов» Тарифного соглашения.

В случае обслуживания фельдшерскими здравпунктами, фельдшерско акушерскими пунктами женщин репродуктивного возраста (в возрасте от 18 до 49 лет включительно), но при отсутствии в пунктах акушеров, отдельные полномочия по работе с такими женщинами



в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, аборт и инфекций, передаваемых половым путем, возлагаются на фельдшера, при его отсутствии на медицинскую сестру.

При расчете размера финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, рекомендуемые штатные нормативы которых не предусматривают должность «Акушерка» (фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих до 900 жителей), размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов установлен с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитанного с учетом доли таких женщин в численности прикрепленного населения.

Плановая длительность одной консультации, связанной с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, аборт и инфекций, передаваемых половым путем, составляет 10 минут. Планируемое количество консультаций в год на одну женщину репродуктивного возраста составляет 2 консультации.

Руководитель медицинской организации в течение 5 рабочих дней обязан уведомить комиссию об изменениях, влияющих на размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов.

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

14. При определении размера тарифов на оплату медицинской помощи в стационарных условиях установлены:

14.1 средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой – 9 813,04 рублей;

14.2 перечень клинко-статистических групп заболеваний (далее – КСГ), в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях с указанием коэффициентов относительной затроемкости КСГ (приложение 3 Тарифного соглашения);

14.3 размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) – 35 492,73 рублей;

размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) без учета коэффициента дифференциации составляет – 32 120,12 рублей.

14.4 значения коэффициентов:

а) коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, в соответствии с Указом N 597 (установлен = 1);

б) коэффициенты специфики (приложение 3 Тарифного соглашения);

в) коэффициенты сложности лечения пациента (далее – КСЛП):

N	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
1	предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов в возрасте до 18 лет), за исключением случаев, к которым	0,2



	применяется КСЛП, предусмотренный пунктом 2 настоящего перечня	
2	предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов в возрасте до 18 лет), получающих медицинскую помощь по профилю "детская онкология" и (или) "гематология"	0,6
3	оказание медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра, за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки	0,2
4	развертывание индивидуального поста	0,2
5	наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии (1), требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации	0,6
6	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение одностипных операций на парных органах (уровень 1) (2)	0,05
7	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение одностипных операций на парных органах (уровень 2) (2)	0,47
8	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение одностипных операций на парных органах (уровень 3) (2)	1,16
9	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение одностипных операций на парных органах (уровень 4) (2)	2,07
10	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение одностипных операций на парных органах (уровень 5) (2)	3,49
11	проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов (3)	0,15
14	проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (грипп методом полимеразной цепной реакции, COVID-19 методом полимеразной цепной реакции) в период госпитализации (4)	0,05
15	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1)**	0,17
16	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 2)**	0,61



17	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 3)**	1,53
18	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1)**	0,29
19	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 2)**	1,12
20	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 3)**	2,67

1) Наличие у пациента дополнительного диагноза (диагноза осложнения заболевания) из перечня, определенного настоящим Приложением, медицинская помощь в соответствии с которым оказывалась пациенту в период госпитализации.

2) Перечень возможных операций, а также критерии отнесения соответствующих операций к уровню КСЛП определен приложением 1 Методических рекомендаций.

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

4) За исключением случаев лечения, оплачиваемых по КСГ st12.012 «Грипп, вирус гриппа идентифицирован» и КСГst12.015-st12.019, используемых для оплаты случаев лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19).

\*\*) Стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» в стационарных условиях и в условиях дневного стационара определяется без учета коэффициента дифференциации субъекта Российской Федерации.

КСЛП в случае проведения сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых может быть применен в случае, если проведение сопроводительной терапии предусмотрено соответствующими клиническими рекомендациями, в рамках госпитализаций в стационарных условиях по КСГ st19.084-st19.089, st19.094-st19.102, st19.144-st19.162; в условиях дневного стационара по КСГ ds19.058-ds19.062, ds19.067-ds19.078, ds19.116-ds19.134. При использовании схем лекарственной терапии, предусматривающих применение лекарственных препаратов филграстим, деносунаб, эмпагфилграстим, КСЛП «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых» не применяется.



Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии, при применении которых может быть применен КСЛП:

Код схемы	Уровень КСЛП	Описание схемы	Условия применения
supt01	1	Филграстим 4 дня введения по 300 мкг	
supt02	2	Деносумаб 1 день введения 120 мг	установленный клиренс креатинина <59 мл/мин на момент принятия решения о назначении препарата Деносумаб
supt03	2	Тоцилизумаб 1 день введения 4 мг/кг	
supt04	2	Филграстим 8 дней введения по 300 мкг	
supt05	3	Эмпэгфилграстим 1 день введения 7,5 мг	
supt06	2	Филграстим 10 дней введения по 300 мкг	
supt07	1	Микофенолата мофетил 30 дней введения по 500 мг 2 раза в день	
supt08	1	Такролимус 30 дней введения по 0,1 мг/кг	
supt09	3	Ведолизумаб 1 день введения 300 мг	
supt10	3	Инфликсимаб 1 день введения 800 мг	
supt11	3	Иммуноглобулин человека нормальный 2 дня введения по 1000 мг/кг	
supt12	3	Иммуноглобулин антитимоцитарный 8-14 дней введения 10-20 мг/кг	

Особенности оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара с применением КСЛП при оказании специализированной медицинской помощи приведены в приложении 1 Методических рекомендаций.

В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП.

При отсутствии оснований применения КСЛП, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

При расчете тарифа на оплату медицинской помощи значения коэффициента сложности лечения пациента применяются к размеру базовой ставки, скорректированному с учетом коэффициента дифференциации (кроме КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями»).

г) Значения коэффициентов уровня (подуровня) медицинских организаций оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях:

уровень 1 – 0,9;

подуровень 2.1 – 1,04;

подуровень 2.2 – 1,075;

подуровень 3.1 - 1,20;

подуровень 3.2 - 1,26;



подуровень 3.3 – 1,28.

Отнесение медицинских организаций к уровням (подуровням) медицинских организаций утверждено приложением 5 Тарифного соглашения.

д) Коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы, применяемые в целях распределения и доведения до медицинских организаций иных межбюджетных трансфертов бюджету ТФ ОМС Курганской области на дополнительное финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, в рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в целях сохранения целевых показателей оплаты труда отдельных категорий медицинских работников, определенных Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. N 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики" (далее - Указ № 597), Комиссия вправе установить значения коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации в соответствии с Указом № 597, использование которых предусмотрено Требованиями, для отдельных медицинских организаций (установлены = 1).

14.5 размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи:

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

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

Таблицей 2 Приложения 4 Методических рекомендаций определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи по КСГ, не входящим в таблицу 2 Приложения 4 Методических рекомендаций, не могут быть оплачены с применением уменьшения размеров оплаты прерванных случаев (90 % и 100 % соответственно).

Если хирургического вмешательства и (или) тромболитическая терапия не проводилась, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 35% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 65% от стоимости КСГ.

Признак прерванного случая лечения устанавливается медицинской организацией в медико-технологическом листе.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 7 и 9 пункта 17 настоящего Тарифного соглашения, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях и определения полноты выполнения схем лекарственной терапии:

В случае снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» в «Группировщиках» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии) схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным):

- снижение дозы произведено согласно инструкции по применению к химиотерапевтическому препарату или в соответствии с клиническими рекомендациями, в том числе в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;
- возможность смещения интервала между введениями предусмотрена клиническими рекомендациями, либо необходимость смещения возникла в связи с



медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Для остальных случаев (в том числе случаев проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) классификационным критерием отнесения к КСГ служит схема sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным.

Также схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D):

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D) (далее - ХВГ) включает в себя: наименование лекарственных препаратов, лекарственную форму, режим дозирования количество дней введения, а также способ введения (в случае указания в схеме).

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным) в случае проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, способ введения, количество дней введения для инъекционных форм или дней приёма для таблетированных форм, разовую дозу препарата, форму выпуска для препаратов, чей способ введения не меняется в зависимости от формы выпуска, а также слова «поддерживающая терапия» для всех МНН, кроме тех, применение которых не подразумевает выделения этапов инициации и поддерживающей терапии. Для МНН, применение которых не предусматривает этап инициации, как первое введение, так и последующие оплачиваются по КСГ «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1-20)».

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме, в том числе при длительности лечения 3 дня и менее, если она выполнена в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе), а также при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным тарифным соглашением.

14.6 доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ установлены приложением 3 Тарифного соглашения;

14.7 тарифы на оплату за услугу диализа установлены приложением 6 Тарифного соглашения;



14.8 перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации установлен приложением 3 Тарифного соглашения;

14.9 перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно установлен приложением 3 Тарифного соглашения;

14.10 перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию установлен приложением 3 Тарифного соглашения;

14.11 тарифы на оплату законченных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи, установленные с учетом применения коэффициента дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленной в Программе приведены в приложении 3.1 Тарифного соглашения.

15. При определении размера тарифов на оплату медицинской помощи в условиях дневного стационара установлены:

15.1 средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой – 2 288,93 рублей;

15.2 перечень клинико-статистических групп заболеваний (далее – КСГ), в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях с указанием коэффициентов относительной затроемкости КСГ (приложение 4 Тарифного соглашения);

15.3 размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) – 19 472,31 рублей;

размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) без учета коэффициента дифференциации составляет – 17 622,0 рублей.

15.4 значения коэффициентов специфики установлены приложением 4 Тарифного соглашения;

коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, в соответствии с Указом N 597 установлен равным 1;

коэффициент уровня медицинской организации установлен равным 1.

15.5 размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи отражен в пункте 14.5 Тарифного соглашения;

15.6 доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ установлены приложением 4 Тарифного соглашения;

15.7 тарифы на оплату за услугу диализа установлены приложением 6 Тарифного соглашения;

15.8 перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно установлен приложением 4 Тарифного соглашения;

15.9 перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию установлен приложением 4 Тарифного соглашения;

16. Особенности оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневных стационаров отражены в Методических рекомендациях.

В соответствии с Программой к прерванным случаям относятся:

1) случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;



2) случаи лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

3) случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);

4) случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;

5) случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;

6) случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);

7) случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

8) законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно;

9) случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, а также случаи лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.016 - ds12.021 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и приложением 6 Методических рекомендаций.

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ 10, что и диагноз основного заболевания и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, и не соответствует критериям оплаты случая лечения по 2 КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию прерванности 2 не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по 2 КСГ по основаниям 2-10 пункта 13 настоящего Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4.

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

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

#### 17. Оплата случая лечения по двум и более КСГ.

Медицинская помощь, оказываемая пациентам одновременно по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

1) Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую; оба случая



лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным пунктом 13 настоящего Тарифного соглашения основаниям;

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

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

4) Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));

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

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

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

- О14.1 Тяжелая преэклампсия;
- О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;
- О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;
- О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;

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

8) Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации (КСГ st36.025, st36.026 и ds36.012, ds36.013);

9) Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

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

18. Стоимость одного случая госпитализации в круглосуточном и дневном стационарах (ССКСГ) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов,) определяется по следующей формуле:



$СС_{кcg} = БС \times КД \times КЗ_{кcg} \times КС_{кcg}^{24} \times КУС_{мо} + БС \times КД * \times КСЛП$ , где:

где:

БС	базовая ставка, рублей;
КЗ <sub>кcg</sub>	коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;
КС <sub>кcg</sub>	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
КУС <sub>мо</sub>	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Постановление № 462), равный – 1,105;
КСЛП	коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости – сумма применяемых КСЛП).

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

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по формуле:

$СС_{кcg} = БС \times КЗ_{кcg} \times ((1 - Дзп) + Дзп \times КС_{кcg} \times КУС_{мо} \times КД) + БС \times КД * \times КСЛП$ , где:

БС	размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;
КЗ <sub>кcg</sub>	коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации
Дзп	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ;
КС <sub>кcg</sub>	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
КУС <sub>мо</sub>	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462, равный – 1,105;
КСЛП	коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).



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

Описание алгоритмов формирования различных КСГ с учетом установленных критериев группировки, подходы к установлению поправочных коэффициентов, особенности формирования отдельных КСГ в условиях круглосуточного и дневного стационаров, расшифровка групп в соответствии с МКБ 10 и Номенклатурой, в том числе правила учета классификационных критериев представлены в Методических рекомендациях.

Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги представлен в Методических рекомендациях.

Особенности оплаты случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту отражены в Методических рекомендациях.

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

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

Отнесение случая оказания медицинской помощи к ВМП осуществляется при соответствии наименования вида ВМП, кодов МКБ 10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным Программой перечнем видов ВМП, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения ВМП (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.

Особенности оплаты случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация». При оказании в рамках одного пролеченного случая специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской реабилитации оплата производится по каждому случаю: специализированной медицинской помощи и медицинской реабилитации – по КСГ, высокотехнологичной медицинской помощи – по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи.

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



Для КСГ st37.001-st37.013, st37.021- st37.026 в стационарных условиях и для КСГ ds37.001-ds37.008, ds37.015-ds37.016 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 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 установленной маршрутизацией. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Шкала реабилитационной маршрутизации установлена порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н.

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

Стоимость КСГ, предусматривающих медицинскую реабилитацию пациентов с заболеваниями центральной нервной системы и заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы увеличена с учетом установления плановой длительности случая реабилитации. Случай реабилитации по КСГ (st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026) длительностью менее предусмотренного соответствующим классификационным критерием значения является прерванным и оплачивается в соответствии с пунктом 17 настоящего Тарифного соглашения.

Особенности оплаты стоимости КСГ (st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025), связанные с применением роботизированных систем и /или введением ботулинического токсина отражены в разделе 4.5. Методических рекомендаций.

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

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата осуществляется в условиях дневного стационара – за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, в условиях круглосуточного стационара – за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания ВМП, по тарифам, установленным приложением 6 Тарифного соглашения.

В стоимость КСГ по профилю "Акушерство и гинекология", предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в медицинской организации, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по КСГ по профилю "Неонатология".

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии по профилю "Онкология" учтены в том числе нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются).

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).



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

Особенности формирования КСГ акушерско-гинекологического профиля, формирования КСГ для случаев проведения экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в дневном стационаре, формирования КСГ для оплаты случаев лечения сепсиса, особенности формирования КСГ для оплаты лекарственной терапии при хроническом вирусном гепатите С в дневном стационаре оказания медицинской помощи при эпилепсии, лечения неврологических заболеваний с применением ботулотоксина, особенности формирования отдельных КСГ, объединяющих случаи лечения болезней системы кровообращения, особенности формирования КСГ st25.004 «Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы» (ds25.001 «Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы»), КСГ для случаев проведения тромболитической терапии при инфаркте миокарда и легочной эмболии (КСГ st13.008-st13.010), особенности формирования КСГ, классифицирующих случаи диагностики и лечения злокачественных новообразований, формирования КСГ по профилям «Офтальмология», «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)», «Комбустиология», особенности формирования КСГ «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов», «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции», особенности оплаты медицинской помощи при отморожениях, отмирании и трансплантации органов и тканей, особенности формирования реанимационных и реабилитационных КСГ, особенности формирования КСГ st36.013-st36.015 для случаев проведения антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами, особенности формирования КСГ для случаев лечения дерматозов представлены в Методических рекомендациях.

Особенности формирования КСГ st12.012 «Грипп, вирус гриппа идентифицирован» и формирования КСГ для случаев лечения пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 (st12.015-st12.019) представлены в Методических рекомендациях.

Правила оплаты госпитализаций в случае перевода на долечивание пациента с коронавирусной инфекцией COVID-19:

- в пределах одной медицинской организации – оплата в рамках одного случая оказания медицинской помощи (по КСГ с наибольшей стоимостью законченного случая лечения заболевания);

- в другую медицинскую организацию – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата законченного случая лечения после перевода осуществляется по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)». Оплата прерванных случаев после перевода осуществляется в общем порядке;

- в амбулаторных условиях – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в общем порядке.

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи по КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией» является лечение на геронтологической профильной койке.

Особенности формирования КСГ для оплаты лекарственной терапии при хроническом вирусном гепатите С в дневном стационаре представлены в Методических рекомендациях.



19. При определении размера тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации установлены:

19.1 перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования:

- скорая медицинская помощь вне медицинской организации гражданам, застрахованным на территории Курганской области и прикрепленным к медицинской организации, оказываемая в экстренной и неотложной формах;

19.2 перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования:

- вызовов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии;
- оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой гражданам застрахованным за пределами Курганской области.

Оплата вызова бригады скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии, осуществляется по стоимости вызова с проведением тромболитической терапии.

19.3 средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 1 337,98 рублей;

19.4 размер базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования утвержден приложением 2.2 Тарифного соглашения;

19.5 значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, учитывающие установленные Тарифным соглашением коэффициенты половозрастного состава, коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации), коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации установлены приложением 2.2 Тарифного соглашения;

19.6 тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов), применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями субъекта Российской Федерации лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации определен приложением 7 Тарифного соглашения.

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



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

В соответствии с п.5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" пациент имеет право на получение лечебного питания в случае его нахождения на лечении в стационарных условиях.

21. Расходы на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда определяются исходя из потребности в количестве персонала медицинской организации в соответствии с действующей системой оплаты труда, в пределах фонда оплаты труда, установленного структурой тарифа.

Расходы на оплату труда включают так же финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

- 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 фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;
- врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;
- врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

22. Расходы на оплату работ и услуг по содержанию имущества производятся за исключением расходов на проектно-сметную документацию, строительного контроля, капитального ремонта и расходов по содержанию жилищного фонда.

23. Расходы на оказание транспортных услуг не включают расходы на транспортировку пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места их фактического проживания до места получения медицинской помощи методом заместительной почечной терапии и обратно.

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

25. Лекарственное обеспечение пациентов при оказании бесплатной медицинской помощи осуществляется в соответствии с законодательными и иными правовыми актами Российской Федерации.

Расходы на лекарственное обеспечение при оказании медицинской помощи предусматривают расходы:

- на приобретение лекарственных препаратов для обезболивания при проведении лечебно-диагностического вмешательства, для обработки ран или инфицированных тканей, для диагностических исследований при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в соответствии со стандартами медицинской помощи;



- на приобретение медицинских газов необходимых для оказания медицинской помощи;

- на приобретение лекарственных препаратов в соответствии с Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утверждаемым распоряжением Правительства Российской Федерации (далее по тексту - «Перечень») необходимых для оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, медицинской помощи в условиях дневных стационарах всех типов, скорой медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях (без учета расходов, связанных с приобретением иммунобиологических лекарственных препаратов).

26. Медицинские организации ведут отдельный учет доходов и расходов по условиям оказания медицинской помощи - медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, стационарных условиях, в условиях дневного стационара и скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), а также медицинской реабилитации.

27. Возмещение расходов медицинской организации по выплате заработной платы и расходов по другим статьям, включенным в территориальные нормативы финансовых затрат, в случае невыполнения медицинской организацией объемов медицинской помощи, установленных Комиссией, не является обязательством системы ОМС.

#### **Раздел IV. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**

28. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Курганской области осуществляется в соответствии с Порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденным приказом Минздрава России от 13.03.2021 г. № 231н.

29. В соответствии со статьей 40 Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные статьей 41 указанного федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Финансовые санкции, применяемые к медицинским организациям по результатам контроля, утверждены пунктом 154 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019г. №108н и установлены приложением 8 к настоящему Тарифному соглашению.

#### **Раздел V. Заключительные положения**

31. Настоящее Тарифное соглашение заключено 24.01.2025 года., вступает в силу с 01.01.2025 г. и действует по 31.12.2025 г.

32. Любые изменения и дополнения к Тарифному соглашению действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на



то представителями Сторон. Приложения к Тарифному соглашению составляют его неотъемлемую часть.

33. Комиссией может быть принято решение об индексации тарифов на оплату медицинской помощи медицинской организации, предусматривающее уменьшение или увеличение тарифов в размере, установленном комиссией.

34. Нецелевым использованием средств обязательного медицинского страхования медицинской организацией является:

- возмещение гражданам расходов за оказанные медицинские услуги, в т.ч. при рассмотрении заявлений (обращений) граждан на возмещение затрат на приобретение лекарственных средств, изделий медицинского назначения (расходных материалов) за личные денежные средства;
- возмещение расходов, не включенных в состав тарифа на оплату медицинской помощи в рамках программы ОМС;
- содержание структурных подразделений (служб), финансируемых за счет средств бюджетов соответствующих уровней;
- расходование средств ОМС при отсутствии подтверждающих документов;
- расходование средств ОМС сверх норм, установленных соответствующими министерствами и ведомствами;
- оплата собственных обязательств и долгов, не связанных с деятельностью по ОМС;
- направление средств ОМС и оплата денежных обязательств в целях, не соответствующих полностью или частично целям, определенным нормативными и (или) правовыми актами, иным документом, являющимися правовым основанием предоставления указанных средств.

35. Медицинские организации представляют в ТФ ОМС Курганской области:

- сметно-штатную документацию, утвержденную руководителем медицинской организации, - в течение 30 дней с даты подписания договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, на текущий финансовый год;
- отчетные формы, утвержденные приказами Министерства здравоохранения РФ, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Госкомстата России, ТФ ОМС Курганской области, в сроки, определенные вышеуказанными приказами.

Приложения:

1. Перечень медицинских организаций и сведения о применяемых способах оплаты медицинской помощи;
2. Стоимость единицы объема амбулаторной помощи;
  - 2.1. Стоимость диагностических услуг, исследований;
  - 2.2. Порядок определения дифференцированных подушевых нормативов на территории Курганской области;
  - 2.3. Показатели результативности деятельности медицинских организаций;
    - 2.3.1. Порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности медицинских организаций;
    - 2.3.2. Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций;
  - 2.4. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско - акушерских пунктов;
  - 2.5. Стоимость законченного случая при проведении профилактических мероприятий взрослого населения;



2.5.1. Стоимость исследований и медицинских вмешательств, включенных в углубленную диспансеризацию;

2.5.2. Стоимость исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья.

2.6. Стоимость законченного случая при проведении профилактических мероприятий детского населения;

2.7. Классификатор основных медицинских услуг при оказании стоматологической медицинской помощи;

3. Клинико - статистические группы заболеваний, коэффициенты относительной затратоемкости, коэффициенты специфики, доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости отдельных КСГ, используемые при оплате медицинской помощи оказанной в условиях круглосуточного стационара;

3.1. Норматив финансовых затрат на единицу объема при оказании высокотехнологичной медицинской помощи;

4. Клинико - статистические группы заболеваний, коэффициенты относительной затратоемкости, коэффициенты специфики, доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости отдельных КСГ, используемые при оплате медицинской помощи оказанной в условиях дневного стационара;

5. Уровни медицинских организаций;

6. Стоимость услуг диализа;

7. Стоимость вызова бригады скорой медицинской помощи;

8. Перечень финансовых санкций, применяемых к медицинским организациям по результатам контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

9. Порядок оплаты медицинской помощи в 2025 году.

10. Перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования (ВНЕ подушевого норматива финансирования).

Председатель

Комиссии по разработке территориальной программы  
ОМС Курганской области

Е.В. Островских

Секретарь

Комиссии по разработке территориальной программы  
ОМС Курганской области

О.Н. Кобзарь

Заместитель директора

АО «АСТРАМЕД-МС» (СМК)  
ФИЛИАЛ в Курганской области

Т.Н. Кондратьева

Председатель Курганской областной  
организации профсоюза работников здравоохранения  
Российской Федерации

Г.Ф. Мухтяева

Председатель Курганской областной  
общественной организации «Ассоциация  
медицинских работников Курганской области»

В.Ф. Чернов

