ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в системе обязательного медицинского страхования
Ямало-Ненецкого автономного округа
(в редакции дополнительного соглашения №1 от 10.03.2022)

г. Салехард 25 января 2022 года

I. Общие положения

1. Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа (далее – Тарифное соглашение) разработано в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н (далее – Правила ОМС), Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 года № 2505 (далее – Программа государственных гарантий), Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 28 декабря 2021 года № 1234-П (далее – территориальная программа государственных гарантий), Порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 года № 231н (далее – Порядок проведения контроля), Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2020 года № 1397н, Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленными совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – Методические рекомендации), на основании постановления Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 октября 2011 года № 743-П «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа».

2. Предметом настоящего Тарифного соглашения является установление:

порядка и способов оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования, применяемых в Ямало-Ненецком автономном округе;

размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи, входящей в территориальную программу обязательного медицинского страхования (далее – территориальная программа ОМС) и порядка их применения;

размеров неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

3. Настоящее Тарифное соглашение заключено между представителями Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа (далее – Комиссия):

председателем Комиссии;

департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа (далее – Департамент здравоохранения);

территориальным фондом обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа (далее – Фонд);

страховыми медицинскими организациями, функционирующими в сфере обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа (далее - СМО);

медицинскими организациями, функционирующими в сфере обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа (далее - МО);

окружной общественной организацией «Ямальское общество врачей»;

профсоюзом работников здравоохранения Российской Федерации.

4. В рамках настоящего Тарифного соглашения используются следующие определения:

Случай госпитализации – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

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

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

Базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом коэффициента приведения;

Коэффициент относительной затратоемкости – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного

пролеченного пациента (базовой ставке);

Коэффициент дифференциации – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для отдельных территорий;

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

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

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

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

Прикрепившиеся лица – застрахованные лица, реализовавшие право выбора медицинской организации для оказания медицинской помощи в соответствии с Порядком выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Обслуживаемые лица – застрахованные лица, обслуживаемые по месту жительства либо месту страхования медицинской организацией, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, и включенные Фондом в реестр застрахованных лиц;

Обращение по поводу заболевания - законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар;

Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС – система ставок, определяющих размер оплаты за единицу объема медицинской помощи (законченный случай лечения, посещение, медицинская услуга, вызов), уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинских организаций по оказанию медицинской помощи, предусмотренной территориальной программой ОМС.

5. Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа, оказывающих медицинскую помощь в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности в другом субъекте Российской Федерации, применяются тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, действующие в субъекте Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи.

6. Оплата медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях лицам, застрахованным в Ямало-Ненецком автономном округе, осуществляется СМО в соответствии с настоящим Тарифным соглашением в объеме, установленном территориальной программой ОМС.

7. Оплата медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях Ямало-Ненецкого автономного округа лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации (далее – межтерриториальные расчеты), осуществляется Фондом за счет средств нормированного страхового запаса в соответствии с настоящим Тарифным соглашением в объеме, установленном базовой программой ОМС.

8. Оплата медицинской помощи осуществляется СМО ежемесячно (нарастающим итогом) в размере до одной двенадцатой объема финансового обеспечения медицинской помощи по условиям ее оказания, распределенного медицинским организациям решением Комиссии.

9. Оплата медицинской помощи осуществляется СМО (Фондом) на основании предъявленных медицинской организацией счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи (далее – реестры) по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

10. Оплата медицинской помощи производится СМО в соответствии с условиями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

11. СМО оплачивает реестры из целевых средств на оплату медицинской помощи, полученных от Фонда по заявкам. При недостатке у СМО целевых средств на оплату медицинской помощи, полученных по заявкам, средства предоставляются из нормированного страхового запаса Фонда в соответствии с порядком, установленным Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

При недостатке средств нормированного страхового запаса СМО осуществляет оплату медицинской помощи по медицинским организациям пропорционально объему средств, поступивших из нормированного страхового запаса Фонда.

12. В случае прекращения действия договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС СМО оплачивает медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам, лечение которых было начато в период действия договора.

В случае если гражданин сменил СМО в течение периода лечения, оплату производит СМО, застраховавшая гражданина на дату окончания лечения.

II. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Ямало-Ненецком автономном округе

13. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

13.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется следующими способами:

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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

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

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

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

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

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

углубленной диспансеризации;

по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации – при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами.

13.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь 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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи установлен в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

13.3. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) установлен в приложении 2 к настоящему Тарифному соглашению.

13.4. Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого населения с указанием соответствующего годового и ежемесячного размера финансового обеспечения, информации о их соответствии/несоответствии требованиям положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, установлен в приложении 3 к настоящему Тарифному соглашению.

Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, составляет:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей – 2 755,8 тыс. рублей, в том числе: за счет субвенции Федерального фонда обязательного медицинского страхования (с учетом коэффициента дифференциации по Ямало-Ненецкому автономному округу 2,423) - 2 108,4 тыс. рублей, за счет средств межбюджетного трансферта бюджета Ямало-Ненецкого автономного округа – 647,4 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей – 3 465,7 тыс. рублей, в том числе: за счет субвенции Федерального фонда обязательного медицинского страхования (с учетом коэффициента дифференциации по Ямало-Ненецкому автономному округу 2,423) - 2 635,5 тыс. рублей, за счет средств межбюджетного трансферта бюджета Ямало-Ненецкого автономного округа – 830,2 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей – 5 490,2 тыс. рублей, в том числе: за счет субвенции Федерального фонда обязательного медицинского страхования (с учетом коэффициента дифференциации по Ямало-Ненецкому автономному округу 2,423) - 4 175,1 тыс. рублей, за счет средств межбюджетного трансферта бюджета Ямало-Ненецкого автономного округа – 1 315,1 тыс. рублей.

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих до 100 жителей, установлен с учетом понижающего коэффициента 0,79516 к размеру финансового обеспечения фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей.

Коэффициент уровня фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов принимается равным 1,000.

Для фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, не соответствующих требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, в зависимости от укомплектованности персоналом применяются коэффициенты специфики оказания медицинской помощи к установленному базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций.

Размеры коэффициентов специфики оказания медицинской помощи:

Укомплектованность ниже норматива	Фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты, обслуживающие		
	до 100 жителей	от 100 до 900 жителей	от 900 до 1 500 жителей
на 0,25 штатных единиц	0,846	0,878	0,923
на 0,5 штатных единиц	0,692	0,755	0,845
на 0,75 штатных единиц	0,538	0,633	0,768
на 1 штатную единицу	0,384	0,510	0,691
на 1,25 штатные единицы	0,230	0,388	0,614
на 1,5 штатные единицы	0,100	0,100	0,536
на 1,75 штатные единицы			0,459
на 2 штатные единицы			0,382
на 2,25 штатные единицы			0,304

на 2,5 штатные единицы			0,227
на 2,75 штатные единицы			0,150
на 3 штатные единицы			0,100

(в ред. дополнительного соглашения № 1 от 10.03.2022)

13.5. Перечень медицинских организаций и их подразделений, отвечающих условиям для установления коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинским организациям 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 установлен в приложении 4 к настоящему Тарифному соглашению.

13.6. Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц включает средства на финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи (включая первичную доврачебную, первичную врачебную и первичную специализированную), оказываемой в амбулаторных условиях в плановом порядке, в том числе:

а) с профилактической и иными целями, в том числе:

комплекс мероприятий для проведения диспансеризации (за исключением углубленной диспансеризации) и медицинских осмотров определенных групп населения, порядки которых установлены нормативно-правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, в том числе, осуществляемые мобильными медицинскими бригадами;

посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений);

разовые посещения в связи с заболеваниями;

посещения центров здоровья;

посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;

посещения центров амбулаторной онкологической помощи;

осмотров перед проведением профилактических прививок;

медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

посещения в связи выдачей справок и иных медицинских документов и другими причинами;

б) обращений в связи с заболеваниями, в том числе:

медицинская помощь с применением телемедицинских технологий - дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой;

в) обращений по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

(в ред. дополнительного соглашения № 1 от 10.03.2022)

13.7. Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц не включает средства на финансовое обеспечение:

посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме;

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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

углубленной диспансеризации;

фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

стоматологической медицинской помощи, в том числе в неотложной форме;

медицинской помощи, оказываемой за пределами Ямало-Ненецкого автономного округа лицам, застрахованным на территории Ямало-Ненецкого автономного округа.

(в ред. дополнительного соглашения № 1 от 10.03.2022)

13.8. Средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях, базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов, фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях установлены в приложении 10 к настоящему Тарифному соглашению.

Коэффициенты, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, учитывают различия в затратах на оказание медицинской помощи по полу и возрасту, различия на содержание медицинских организаций и оплату труда, исходя из расположения и отдаленности обслуживаемых медицинской организацией территорий, а также учитывают достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа.

13.9. Дифференцированные подушевые нормативы определяются в соответствии с Методикой расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, являющейся приложением 8 к настоящему Тарифному соглашению.

13.10. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования осуществляется с учетом достижения показателей результативности деятельности медицинских организаций. Объем средств на выплаты за достижение показателей результативности деятельности

медицинских организаций составляет 5 процентов от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

Показатели результативности деятельности медицинских организаций с оплатой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях и критерии их оценки установлены в приложении 17 к настоящему Тарифному соглашению.

Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций, в том числе плановые значения по каждому из показателей, а также количество баллов, предусмотренное за достижение соответствующего значения показателя установлены в приложении 18 к настоящему Тарифному соглашению.

Методика расчета объема средств, направляемых медицинским организациям за достижение целевых значений показателей результативности деятельности, установлена в приложении 19 к настоящему Тарифному соглашению.

Мониторинг достижения целевых значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации проводится Комиссией не реже одного раза в квартал.

Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности производится по итогам каждого полугодия.

(в ред. дополнительного соглашения № 1 от 10.03.2022)

13.11. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования осуществляется СМО с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и авансирования МО.

13.12. Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (за исключением углубленной диспансеризации) включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели установленного объема профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, проводимых в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

13.13. Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются завершенными 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.

Ограничения по объемам медицинской помощи в рамках проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров определенных групп населения не устанавливаются.

13.14. Оплата углубленной диспансеризации осуществляется:

за комплексное посещение, включающее медицинские вмешательства и исследования при проведении 1-го этапа углубленной диспансеризации: измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови);

за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу при проведении 1-го этапа углубленной диспансеризации: тест с 6 минутной ходьбой, определение концентрации Д - димера в крови, проведение рентгенографии органов грудной клетки (если не выполнялась ранее в течение года), прием (осмотр) врачом терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики);

за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу при проведении 2-го этапа углубленной диспансеризации: эхокардиография, компьютерная томография легких, дуплексное сканирование вен нижних конечностей.

Проведение углубленной диспансеризации осуществляется в соответствии с порядком, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, вне зависимости от факта прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров или диспансеризации.

Тарифы на проведение углубленной диспансеризации установлены в приложении 25 к настоящему Тарифному соглашению.

13.15. По результатам углубленной диспансеризации в случае выявления у гражданина хронических неинфекционных заболеваний, в том числе связанных с перенесенной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), гражданин в установленном порядке ставится на диспансерное наблюдение, при наличии показаний ему оказывается соответствующее лечение и медицинская реабилитация в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях подлежит оплате за комплексное посещение. Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации.

Тарифы на оплату медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях установлены в приложении 14 к настоящему Тарифному соглашению.

13.16. **Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи** - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), **осуществляется в следующих случаях**:

при оказании медицинской помощи в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

при оказании медицинской помощи в неотложной форме;

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

при проведении углубленной диспансеризации;

при оказании стоматологической медицинской помощи, в том числе в неотложной форме;

при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации.

13.17. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи осуществляется за фактическое количество медицинских услуг, посещений, обращений (законченных случаев), установленных настоящим Тарифным соглашением в пределах объемов медицинской помощи и объемов финансового обеспечения, установленных решением Комиссии.

13.18. Оплата медицинской помощи, оказанной мобильными медицинскими бригадами, осуществляется по утвержденным тарифам на посещения, обращения и медицинские услуги с применением повышающего коэффициента в размере 1,2.

13.19. Оплата случаев оказания медицинской помощи в приемных отделениях стационаров, не завершившихся госпитализацией пациента, осуществляется как посещение в неотложной форме к врачам соответствующих специальностей по тарифам, утвержденным настоящим Тарифным соглашением.

13.20. Тарифы на медицинскую помощь в амбулаторных условиях устанавливаются на посещение с иными целями, на посещение в неотложной форме, на обращение по поводу заболевания, на отдельные медицинские услуги, на комплексное посещение при проведении диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, на комплексное посещение при проведении профилактического медицинского осмотра, на исследования компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), на комплексное посещение при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», медицинской помощи с применением

телемедицинских технологий, на условную единицу трудоемкости по стоматологической медицинской помощи.

При проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (в том числе углубленной диспансеризации) мобильными медицинскими бригадами или проведении указанных мероприятий в выходные дни к тарифам на 1 комплексное посещение по профилактическим медицинских осмотрам и на 1 комплексное посещение по диспансеризации (в том числе углубленной диспансеризации) применяется коэффициент 1,2.

13.21. Медицинская помощь с применением телемедицинских технологий в реестрах оказанной медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифу за услугу, установленному в приложении 13 к настоящему Тарифному соглашению.

13.22. Проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции подлежит оплате за счет средств ОМС в случае:

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

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

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

13.23. Тарифы на медицинскую помощь в амбулаторных условиях предусматривают компенсацию затрат как на посещение (обращение) специалиста определенного профиля, так и распределенные по профильным посещениям расходы на проведение лечебных манипуляций, медицинских услуг вспомогательной и лечебно-диагностической службы, за исключением исследований, на которые настоящим Тарифным соглашением установлены отдельные тарифы.

13.24. Случаи оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях выставляются к оплате по факту завершения оказания медицинской помощи (посещение, комплексное посещение, обращение (законченный случай), медицинскую услугу).

Случаи лечения, прерванные по причине неявки пациента на прием в назначенную дату представляются к оплате в реестре с результатом обращения - «Лечение прервано по инициативе пациента».

Случаи лечения, прерванные по причине неявки пациента на прием в назначенную дату представляются к оплате в реестре отчетного периода, при этом датой завершения случая является дата последнего посещения (обращения), зарегистрированного в учетной документации.

В случае, если дата последнего посещения, зарегистрированного в учетной документации, относится к предыдущему отчетному периоду и находится в интервале последних 10 календарных дней месяца, предшествовавшего отчетному, то такой случай подается в реестрах отчетного

месяца и оплачивается в соответствии с действующими тарифами.

13.25. При одновременном оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по поводу различных заболеваний (состояний) врачами разных специальностей формируются два и более случая.

13.26. Назначение 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) осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний.

13.27. Не подлежат оплате за счет средств ОМС:

случаи оказания медицинской помощи на занятиях физической культурой, учебно-спортивных мероприятиях;

консультации и экспертизы, проводимые врачебными комиссиями;

работа комиссии при военкоматах;

повторное обращение пациента в течение одного дня к врачу одной специальности в одной и той же медицинской организации, за исключением случаев оказания неотложной медицинской помощи и медицинской помощи с применением телемедицинских технологий;

консультации амбулаторных пациентов врачами стационаров, не ведущими самостоятельного амбулаторного приема;

амбулаторные посещения в период пребывания пациента в стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, телемедицинского консультирования);

медицинское освидетельствование граждан в целях определения годности к военной службе;

случаи оказания медицинской помощи (в том числе медицинские осмотры граждан), не входящие в территориальную программу ОМС и подлежащие оплате в соответствии с законодательством за счет других источников (средства бюджетов, средства работодателей, платные услуги и др.);

исследования на наличие антител к возбудителю новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в целях подтверждения факта ранее перенесенного заболевания новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

13.28. Законченный случай лечения в стоматологии – это обращение застрахованного лица, в которое может быть включено законченное лечение одного или нескольких зубов (сегментов челюсти), оформленное в одной первичной учетной документации. Оформление двух и более случаев на 1 посещение врача не допускается.

13.29. Оплата стоматологической помощи осуществляется за посещение с профилактической и иными целями, посещение в неотложной форме, обращение по поводу заболевания полости рта, слюнных желез и челюстей (за исключением зубного протезирования), в пределах объемов медицинской помощи и финансового обеспечения, установленных решением Комиссии.

Стоимость случая оказания стоматологической помощи в амбулаторных условиях формируется исходя из фактического объема оказанных медицинских услуг, выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ) и установленных тарифов за 1 УЕТ.

13.30. Учет выполненных объемов в УЕТ осуществляется в соответствии со средним количеством УЕТ в одной медицинской услуге, применяемым для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, представленном в приложении 16 к настоящему Тарифному соглашению.

13.31. Не подлежат оплате за счет средств ОМС:

ортопедическая помощь населению;

ортодонтическая помощь взрослому населению;

ортодонтическая помощь детскому населению с использованием брекет-систем;

имплантология;

консультации, рентгенографическое обследование, лабораторные исследования и т.д., по направлениям медицинских организаций (частнопрактикующих врачей), не функционирующих в сфере ОМС.

13.32. Стоматологическая медицинская помощь, оказываемая пациентам, одновременно находящимся на амбулаторном лечении у врачей других специальностей или находящимся на лечении в условиях дневного стационара, предъявляется к оплате отдельно по утвержденным тарифам УЕТ в стоматологии.

Пациентам, находящимся на лечении в условиях стационара по основному заболеванию, стоматологическая медицинская помощь оказывается в неотложной форме и предъявляется к оплате отдельно в рамках амбулаторного лечения по утвержденным тарифам УЕТ в стоматологии с соответствующей записью в первичной медицинской документации.

14. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

14.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), осуществляется следующими способами:

за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу 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, летального исхода, 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 13 к территориальной программе государственных гарантий.

14.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, установлен в приложении 5 к настоящему Тарифному соглашению.

14.3. Стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ (за исключением случаев оказания медицинской помощи по отдельным группам заболеваний, состояний, порядок оплаты которых установлен пунктом 14.4. Тарифного Соглашения), определяется по следующей формуле и округляется до целого числа:

ССксг = БС * КД * (КЗксг * КСксг * КУСмо + КСЛП), где

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

КЗксг – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КСксг – коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен случай госпитализации (установлен для всех КСГ в размере 1,000);

КУСмо – коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях;

КД - коэффициент дифференциации (по Ямало-Ненецкому автономному округу применяется в размере 2,423);

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента, применяемый к случаям оказания медицинской помощи (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

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

ССксг = БС * КЗксг *((1 - Дзп) + Дзп * КСксг * КУСмо * КД)+БС*КД*КСЛП, где

БС – размер базовой ставки без учета коэффициент дифференциации, рублей;

КЗксг – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

Дзп – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (значение, устанавливаемое на федеральном уровне Программой государственных гарантий, к которому применяется КД, КСксг, КУСмо);

КСксг – коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен случай госпитализации (установлен для всех КСГ в размере 1,000);

КУСмо – коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях.

КД - коэффициент дифференциации (по Ямало-Ненецкому автономному округу применяется в размере 2,423);

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента, применяемый к случаям оказания медицинской помощи (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре затрат на оказание медицинской помощи по отдельным группам заболеваний, состояний составляет:

- Лечение дерматозов с применением наружной терапии – 97,47%
- Лечение дерматозов с применением наружной терапии, физиотерапии, плазмафереза – 98,49%
- Лечение дерматозов с применением наружной и системной терапии – 99,04%
- Лечение дерматозов с применением наружной терапии и фототерапии – 98,00%
- Коронавирусная инфекция COVID-19:

уровень 1 - 93,88%
уровень 2 - 66,53%
уровень 3 - 68,28%
уровень 4 - 77,63%

- Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей):

уровень 1 – 55,63%
уровень 2 – 41,67%
уровень 3 – 23,71%
уровень 4 – 18,75%
уровень 5 – 32,5%
уровень 6 – 8,76%
уровень 7 – 7,11%
уровень 8 – 7,77%
уровень 9 – 5,84%
уровень 10 – 5,79%
уровень 11 – 7,27%
уровень 12 – 5,9%
уровень 13 – 3,32%
уровень 14 – 2,15%
уровень 15 – 1,55%
уровень 16 – 1,19%
уровень 17 – 0,69%

- Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией:
уровень 2 - 87,08%
уровень 3 - 88,84%
уровень 4 - 87,05%
уровень 5 - 88,49%
уровень 6 - 46,03%
уровень 7 - 26,76%

- ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1 - 3) - 75,89%

- ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые:
уровень 1 – 28,29%
уровень 2 - 46,99%
уровень 3 - 57,29%
уровень 4 – 4,98%
уровень 5 – 15,77%
уровень 6 – 24,83%

- Поздний посттрансплантационный период после пересадки костного мозга – 59,05%

- Замена речевого процессора – 0,74%

- Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами:
уровень 1 – 0,00%
уровень 2 - 0,00%
уровень 3 - 0,00%

- Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции – 8,60%

- Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов:
уровень 1 – 32,68%
уровень 2 - 18,82%
уровень 3 - 6,00%.

14.5. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи не применяется к отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющим высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающим одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания медицинской помощи.

Перечень КСГ, к которым не применяется уровень оказания медицинской помощи, указаны в приложении 31 к настоящему Тарифному соглашению.

14.6. К отдельным случаям оказания медицинской помощи применяется КСЛП, учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам.

КСЛП устанавливается на основании объективных критериев, перечень которых определен в приложении 33 к настоящему Тарифному соглашению.

При расчете тарифа на оплату медицинской помощи значения КСЛП применяются к размеру базовой ставки, скорректированному с учетом коэффициента дифференциации (2,423).

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных приложением 33 к настоящему Тарифному соглашению, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным «0».

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

14.7. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся (основания прерванности):

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 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 прерванности 1-7 настоящего пункта) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, приведенных в приложении 13 к территориальной программе государственных гарантий и приложении 31 к настоящему Тарифному соглашению.

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 двум и более КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию прерванности 2 настоящего пункта не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум и более КСГ по основаниям 2-10 пункта 14.8 Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4 настоящего пункта.

Приложением 13 к территориальной программе государственных гарантий и приложением 31 к настоящему Тарифному соглашению определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения.

Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения по основаниям прерванности 1-7 настоящего пункта) по КСГ, перечисленным в Приложении 13 к территориальной программе государственных гарантий и приложении 31 к настоящему Тарифному соглашению, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основанию прерванности 8 настоящего пункта и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

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

Размер оплаты прерванных случаев установлен в приложении 31 к настоящему Тарифному соглашению.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 60% от стоимости КСГ.

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

(в ред. дополнительного соглашения № 1 от 10.03.2022)

14.8. 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 основаниям, установленным пунктом 14.7 Тарифного соглашения;

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 в случае пребывания в отделении патологии беременности 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 первой иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации.

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

10. Проведение диализа.

Выставление случая только по КСГ st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)», без основной КСГ не допускается.

Указанные случаи подлежат обязательной медико-экономической экспертизе и, при необходимости, экспертизе качества медицинской помощи.

(в ред. дополнительного соглашения № 1 от 10.03.2022)

14.9. В тариф КСГ на оплату случаев госпитализации по профилю «акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в родильном или акушерском отделении медицинской организации, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты КСГ по профилю «неонатология».

14.10. При оказании медицинской помощи в стационарных условиях пациентам, получающим услуги диализа, оплата медицинской помощи осуществляется по КСГ для оплаты услуг диализа в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Базовая стоимость КСГ на оплату услуг диализа, представляющая из себя тарифы на оплату гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») и перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ») и коэффициенты относительной затратоемкости, применяемые к базовой стоимости, установлены в приложении 36 к настоящему Тарифному соглашению.

14.11. Оплата случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в соответствии с разделом 1 приложения к Программе государственных гарантий.

14.12. Тарифы на высокотехнологичную медицинскую помощь рассчитаны с учетом применения коэффициента дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленных Программой государственных гарантий.

Доля заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи составляет:

1 группа - 20%; 2 группа - 26%; 3 группа - 33%; 4 группа - 39%; 5 группа - 22%; 6 группа - 30%; 7 группа - 7%; 8 группа - 50%; 9 группа - 33%; 10 группа - 48%; 11 группа - 28%; 12 группа - 25%; 13 группа - 20%; 14 группа - 17%; 15 группа - 17%; 16 группа - 37%; 17 группа - 28%; 18 группа - 21%; 19 группа - 30%; 20 группа - 31%; 21 группа - 54%; 22 группа - 36%; 23 группа - 37%; 24 группа - 35%; 25 группа - 34%; 26 группа - 26%; 27 группа - 20%; 28 группа - 44%; 29 группа - 35%; 30 группа - 34%; 31 группа - 38%; 32 группа - 22%; 33 группа - 33%; 34 группа - 21%; 35 группа - 35%; 36 группа - 56%; 37 группа - 49%; 38 группа - 43%; 39 группа - 54%; 40 группа - 45%; 41 группа - 34%; 42 группа - 47%; 43

группа - 24%; 44 группа - 17%; 45 группа - 15%; 46 группа - 37%; 47 группа - 16%; 48 группа - 52%; 49 группа - 18%; 50 группа - 15%; 51 группа - 24%; 52 группа - 32%; 53 группа - 30%; 54 группа - 44%; 55 группа - 9%; 56 группа - 28%; 57 группа - 32%; 58 группа - 31%; 59 группа – 17%; 60 группа – 32%.

14.13. При направлении в медицинскую организацию с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, в том числе в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующему тарифу КСГ.

После оказания в медицинской организации высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ.

14.14. При расчете фактической длительности госпитализации в стационарных условиях день поступления в стационар и день выписки из стационара считаются одним днем. Период лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии входит в фактическую длительность госпитализации.

В случае лечения, начавшегося и закончившегося в один и тот же день, фактическая длительность госпитализации учитывается как 1 день.

14.15. Время пребывания пациента в стационаре после окончания стационарного случая лечения (по социальным показаниям) за счет средств ОМС не оплачивается. Случай должен быть закончен лечением основного заболевания с соответствующей отметкой в первичной медицинской документации.

15. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов

15.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, осуществляется:

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

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, летального исхода, выписки

пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, согласно приложению 13 к территориальной программе государственных гарантий.

15.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневных стационаров всех типов, установлен в приложении 6 к настоящему Тарифному соглашению.

15.3. Стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ (за исключением случаев оказания медицинской помощи по отдельным группам заболеваний, состояний, порядок оплаты которых установлен пунктом 15.4 Тарифного Соглашения), определяется по следующей формуле и округляется до целого числа:

ССксг = БС * КД * КЗксг * КСксг * КУСмо, где

БС – размер базовой ставки без учета коэффициент дифференциации, рублей;

КД - коэффициент дифференциации (по Ямало-Ненецкому автономному округу применяется в размере 2,423);

КЗксг – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения;

КСксг – коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен случай лечения (установлен для всех КСГ в размере 1,000);

КУСмо – коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в условиях дневного стационара (принимается равным 1,000).

15.4. Стоимость одного случая лечения по КСГ, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

ССксг = БС * КЗксг *((1 - Дзп) + Дзп * КСксг * КУСмо * КД), где

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

КЗксг – коэффицент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения;

Дзп – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (значение, устанавливаемое Программой государственных гарантий, к которому применяется КД, КСксг, КУСмо);

КД - коэффициент дифференциации (по Ямало-Ненецкому автономному округу применяется в размере 2,423);

КСксг – коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен случай лечения (установлен для всех КСГ в размере 1,000);

КУСмо – коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в условиях дневного стационара (не применяется и принимается равным 1,000).

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре затрат на оказание медицинской помощи по отдельным группам заболеваний, состояний составляет:

- Лечение дерматозов с применением наружной терапии – 97,44%
- Лечение дерматозов с применением наружной терапии, физиотерапии, плазмафереза – 96,30%
- Лечение дерматозов с применением наружной и системной терапии – 98,27%
- Лечение дерматозов с применением наружной терапии и фототерапии – 98,20%
- Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей):

уровень 1 - 19,12%
уровень 2 – 8,79%
уровень 3 - 25,89%
уровень 4 – 23,5%
уровень 5 – 3,14%
уровень 6 – 2,04%
уровень 7 – 6,59%
уровень 8 - 11,06%
уровень 9 - 15,08%
уровень 10 – 14,91%
уровень 11 – 22,35%
уровень 12 – 9,99%
уровень 13 – 8,49%
уровень 14 – 5,64%
уровень 15 – 2,82%
уровень 16 – 5,84%
уровень 17 – 0,23%

- Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией:

уровень 1 - 78,38%
уровень 3 - 82,64%
уровень 4 - 31,86%
уровень 5 - 16,69%

- ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые: (уровень 1 - 4) – 51,06%
- ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые:

уровень 1 – 4,13%
уровень 2 – 12,75%
уровень 3 - 22,53%
уровень 4 - 31,49%
уровень 5 - 0,42%

уровень 6 – 1,56%
уровень 7 – 4,36%
уровень 8 – 7,65%

- замена речевого процессора – 0,23%

- Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции - 1,83%

- Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов:

уровень 1 – 5,85%
уровень 2 - 5,43%
уровень 3 – 8,94%.

15.5. Коэффициенты специфики КСГ, к которой отнесен случай лечения установлен для всех КСГ в размере 1,000. Коэффициенты уровня (подуровня) медицинской организации, КСЛП, в условиях дневного стационара не применяются.

15.6. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся (основания прерванности):

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 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 прерванности 1-7 настоящего пункта) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, приведенных в приложении 13 к территориальной программе государственных гарантий и приложении 35 к настоящему Тарифному соглашению.

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 двум и более КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию прерванности 2 настоящего пункта не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум и более КСГ по основаниям 2-6 пункта 15.7 Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4 настоящего пункта.

Приложением 13 к территориальной программе государственных гарантий и приложением 35 к настоящему Тарифному соглашению определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения.

Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения по основаниям прерванности 1-7 настоящего пункта) по КСГ, перечисленным в приложении 13 к территориальной программе государственных гарантий и приложении 35 к настоящему Тарифному соглашению, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основанию 8 настоящего пункта и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

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

Доля оплаты прерванных случаев установлена в приложении 35 к настоящему Тарифному соглашению.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80 % от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 90 % от стоимости КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 60% от стоимости КСГ.

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

(в ред. дополнительного соглашения № 1 от 10.03.2022)

15.7. 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 основаниям, установленным пунктом 15.6 Тарифного соглашения;

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

5. Проведение первой иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

6. Проведение диализа.

Указанные случаи подлежат обязательной медико-экономической экспертизе и, при необходимости, экспертизе качества медицинской помощи.

(в ред. дополнительного соглашения № 1 от 10.03.2022)

15.8. При оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара пациентам, получающим услуги диализа, оплата медицинской помощи осуществляется по КСГ для оплаты услуг диализа в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации.

Базовая стоимость КСГ на оплату услуг диализа, представляющая из себя тарифы на оплату гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») и перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ») и коэффициенты относительной затратоемкости, применяемые к базовой стоимости, установлены в приложении 36 к настоящему Тарифному соглашению.

15.9. При расчете фактических дней лечения в условиях дневных стационаров первым днем считается день начала оказания медицинской помощи, последним – день окончания ее оказания.

15.10. В целях исключения дублирования медицинских услуг, а также соблюдения установленного порядка статистического учета дней лечения, в случае перевода пациента из стационара на долечивание в дневной стационар, днем поступления в дневной стационар считать следующий день после выписки пациента из стационара.

16. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

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

по подушевому нормативу финансирования;

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

16.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, установлен в приложении 7 к настоящему Тарифному соглашению.

16.3. Средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, определяется на основании объема финансовых средств, предусмотренных территориальной программой ОМС на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи, и численности застрахованного населения.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорая (специализированная) медицинская помощь, оказываемая в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии;

расходов на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой за пределами Ямало-Ненецкого автономного округа лицам, застрахованным на территории Ямало-Ненецкого автономного округа.

16.4. Средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, базовый подушевой норматив финансирования, коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования, фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи установлены в приложении 39 настоящего Тарифного соглашения.

16.5. Дифференцированные подушевые нормативы рассчитываются в соответствии с Методикой определения дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, являющейся приложением 39 к настоящему Тарифному соглашению.

16.6. Оплата скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования осуществляется СМО с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и авансирования МО.

16.7. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной пациентам при остром коронарном синдроме с проведением тромболитической терапии, осуществляется за фактическое количество вызовов по тарифу, установленному настоящим Тарифным соглашением.

Тариф вызова с применением антитромболитических средств включает расходы на вызов скорой медицинской помощи и расходы на лекарственные средства для проведения тромболитической терапии.

16.8. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, осуществляется Фондом за фактическое количество вызовов по тарифу, установленному Тарифным соглашением.

16.9. Не подлежат оплате за счет средств ОМС дежурства бригад скорой медицинской помощи при проведении массовых мероприятий: спортивных, культурных и других.

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

17. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определены в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XII Правил ОМС.

18. Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех страховых медицинских организаций, оплачивающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС.

19. При изменении тарифа в период лечения пациента по всем видам медицинской помощи оплата производится по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением на дату завершения случая оказания медицинской помощи пациенту.

20. Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

20.1. Размер среднего подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Ямало-Ненецкого автономного округа в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет 16 462,74 рубля в год. Установленный размер среднего подушевого норматива финансирования не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи застрахованным лицам за пределами Ямало-Ненецкого автономного округа.

20.2. Значение базового подушевого норматива финансирования на

прикрепившихся лиц, исключающего влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по Ямало-Ненецкому автономному округу, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, стоимости проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности составляет 3 202,91 рубля в год. (в ред. дополнительного соглашения № 1 от 10.03.2022)

20.3. Значение коэффициентов специфики оказания медицинской помощи к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, учитывающих половозрастной состав обслуживаемого населения, наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, проведение медицинской организацией профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц, коэффициента дифференциации по Ямало-Ненецкому автономному округу, значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц установлены в приложении 10 к настоящему Тарифному соглашению.

20.4. Значение коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, применяемых к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающих критерии соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению установлены в приложении 3 к настоящему Тарифному соглашению.

20.5. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи:

а) тарифы посещений с иными целями, посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме, обращений в связи с заболеваниями (законченный случай) в амбулаторных условиях, установлены в приложении 11 к настоящему Тарифному соглашению;

б) тарифы на отдельные диагностические (лабораторные) исследования, проводимые в амбулаторных условиях, установлены в приложении 12 к настоящему Тарифному соглашению;

в) тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях установлены в приложении 13 к настоящему Тарифному соглашению;

г) тарифы комплексного посещения при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях установлены в приложении 14 к настоящему Тарифному соглашению;

д) тарифы на оплату стоматологической медицинской помощи (УЕТ) в амбулаторных условиях установлены в приложении 16 к настоящему Тарифному соглашению;

е) тарифы комплексного посещения при проведении профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации в определенные возрастные периоды взрослого населения установлены в приложениях 20-23 к настоящему Тарифному соглашению;

ж) тарифы осмотров и исследований при проведении второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения установлены в приложении 24 к настоящему Тарифному соглашению;

з) тарифы исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации установлены в приложении 25 к настоящему Тарифному соглашению;

и) тарифы осмотров и исследований при проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, установлены в приложениях 26 и 27 к настоящему Тарифному соглашению;

к) тарифы осмотров и исследований при проведении диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью установлены в приложениях 28 и 29 к настоящему Тарифному соглашению;

л) тарифы осмотров и исследований при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних установлены в приложении 30 к настоящему Тарифному соглашению.

21. Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях

21.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Ямало-Ненецкого автономного округа в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС составляет 18 235,31 рублей в год. Установленный средний размер финансового обеспечения не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Ямало-Ненецкого автономного округа.

21.2. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях 119 117,99 рублей без учета объемов медицинской помощи и средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Ямало-Ненецкого автономного округа.

21.3. Перечень клинико-статистических групп, базовая ставка финансового обеспечения, коэффициенты относительной затратоемкости для определения стоимости медицинской помощи в стационарных условиях, установлены в приложении 31 к настоящему Тарифному соглашению.

21.4. Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях установлены в приложении 32 к настоящему Тарифному

соглашению.

21.5. Коэффициенты сложности лечения пациента, применяемые к отдельным случаям оказания медицинской помощи в стационарных условиях, установлены в приложении 33 к настоящему Тарифному соглашению.

21.6. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, установлены в приложении 34 к настоящему Тарифному соглашению.

21.7. Значение коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях к базовой ставке, исключающей влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости, специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации по Ямало-Ненецкому автономному округу, коэффициента сложности лечения пациентов, составляет 0,73994.

22. Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров

22.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Ямало-Ненецкого автономного округа в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС составляет 4 816,18 рублей. Установленный средний размер финансового обеспечения не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Ямало-Ненецкого автономного округа.

22.2. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара 72 485,00 рублей без учета объемов медицинской помощи и средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Ямало-Ненецкого автономного округа.

22.3. Перечень клинико-статистических групп, базовая ставка финансового обеспечения и коэффициенты относительной затратоемкости для определения стоимости медицинской помощи в условиях дневных стационаров, установлены в приложении 35 к настоящему Тарифному соглашению.

22.4. Базовые стоимости КСГ для оплаты услуг диализа, коэффициенты относительной затратоемкости, применяемые к базовым стоимостям КСГ, установлены в приложении 36 к настоящему Тарифному соглашению.

22.5. Значение коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара к базовой ставке, исключающей влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости, специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации по Ямало-Ненецкому автономному округу, составляет 0,64423.

23. Размер тарифов в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации

23.1. Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Ямало-Ненецкого автономного округа, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет 2 564,69 рубля в год. Установленный размер среднего подушевого норматива финансирования не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи застрахованным лицам за пределами Ямало-Ненецкого автономного округа.

23.2. Размер базового подушевого норматива финансирования, применяемого при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, исключающего влияние применяемых коэффициентов уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по Ямало-Ненецкому автономному округу, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за вызов скорой медицинской помощи, составляет 1 054,40 рубля.

23.3. Значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации по Ямало-Ненецкому автономному округу, значения фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, установлены в приложениях 38 и 39 к настоящему Тарифному соглашению.

23.4. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи установлены в приложении 40 к настоящему Тарифному соглашению.

24. Структура тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

24.1. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС включают расходы медицинских организаций, связанные с оказанием медицинской помощи по территориальной программе ОМС. Расходы медицинских организаций, связанные с обеспечением функционирования служб, подразделений и специалистов, деятельность которых не включена в территориальную программу ОМС, финансируются за счет средств бюджетов всех уровней или других источников.

24.2. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг

связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

24.3. При формировании тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС в части оплаты труда работников медицинских организаций предусмотрены средства на осуществление денежных выплат стимулирующего характера:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам);

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

медицинским работникам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

врачам, в том числе старшим; фельдшерам, в том числе старшим фельдшерам и фельдшерам по приему вызовов и передачи их выездной бригаде; акушеркам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи;

фельдшерам, выполняющим работу разъездного характера, заведующим и фельдшерам фельдшерских пунктов;

медицинским сестрам, выполняющим работу разъездного характера и медицинским сестрам фельдшерских пунктов; медицинским сестрам по приему вызовов и передаче их выездной бригаде медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

IV. 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

25. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам осуществляется СМО и Фондом в соответствии с Порядком контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в соответствии со статьей 40 Федерального закона от 29

ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

26. Размеры подушевых нормативов финансирования в разрезе условий оказания медицинской помощи, применяемые для расчета штрафных санкций в рамках базовой программы ОМС, установлены в соответствии с территориальной программой государственных гарантий и составляют:

- по медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях – 16 850,32 рублей;
- по медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях –19 770,12 рублей;
- по медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара – 5 067,15 рублей;
- по скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации – 2 664,67 рубля.

27. Размер средств, подлежащих удержанию с медицинских организаций по результатам экспертиз, определяется СМО и Фондом в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате (уменьшения оплаты) медицинской помощи и перечнем штрафов за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, установленных в приложении 41 к настоящему Тарифному соглашению.

V. Заключительные положения

28. Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания представителями Сторон и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2022 года.

29. Тарифное соглашение действует до принятия нового Тарифного соглашения.

30. Изменения и дополнения оформляются дополнительным соглашением и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с момента подписания их представителями Комиссии.

31. Изменения в настоящее Тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение 2022 года, возможны при наличии источника финансового обеспечения.

32. Неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения являются следующие приложения:

приложение 1 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь 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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на

выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи»;

приложение 2 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай)»;

приложение 3 «Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого населения и размер их финансового обеспечения»;

приложение 4 «Перечень медицинских организаций и их подразделений, отвечающих условиям для установления коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинским организациям 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»;

приложение 5 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях»;

приложение 6 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневных стационаров всех типов»;

приложение 7 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу»;

приложение 8 «Методика расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях»;

приложение 9 «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях»;

приложение 10 «Фактический дифференцированный подушевый норматив финансирования медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях и коэффициенты, применяемые для расчета дифференцированного подушевого норматива»;

приложение 11 «Тарифы посещений с иными целями, посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме, обращений в связи с заболеваниями (законченный случай) в амбулаторных условиях»;

приложение 12 «Тарифы на отдельные диагностические (лабораторные) исследования, проводимые в амбулаторных условиях»;

приложение 13 «Тариф на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях»;

приложение 14 «Тариф на оплату медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях»;

приложение 15 «Тарифы на оплату стоматологической медицинской помощи при оказании в амбулаторных условиях»;

приложение 16 «Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях»;

приложение 17 «Показатели результативности деятельности медицинских организаций с оплатой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях и критерии их оценки»;

приложение 18 «Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций»; (в ред. дополнительного соглашения № 1 от 10.03.2022)

приложение 19 «Методика расчета объема средств, направляемых медицинским организациям за достижение целевых значений показателей результативности деятельности»;

приложения 20 и 21 «Тарифы комплексного посещения при проведении профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации в определенные возрастные периоды женщинам и мужчинам в возрасте от 18 до 64 лет включительно»;

приложения 22 и 23 «Тарифы комплексного посещения при проведении профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации в определенные возрастные периоды женщинам и мужчинам в возрасте 65 лет и старше»;

приложение 24 «Тарифы осмотров и исследований при проведении второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

приложение 25 «Тарифы исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации»;

приложения 26 и 27 «Тарифы осмотров и исследований при проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»;

приложения 28 и 29 «Тарифы осмотров и исследований при проведении диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью»;

приложение 30 «Тарифы осмотров и исследований при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»;

приложение 31 «Базовая ставка финансового обеспечения и коэффициенты относительной затратоемкости по клинико-статистическим группам заболеваний по медицинской помощи в стационарных условиях»;

приложение 32 «Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях»;

приложение 33 «Коэффициенты сложности лечения пациента, применяемые к отдельным случаям оказания медицинской помощи»;

приложение 33.1. «Перечень сочетанных (симультанных) хирургических вмешательств, выполняемых во время одной госпитализации»;

приложение 33.2. «Перечень хирургических вмешательств, при проведении которых одновременно на двух парных органах может быть применен КСЛП»;

приложение 34 «Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи»;

приложение 35 «Базовая ставка финансового обеспечения и коэффициенты относительной затратоемкости по клинико-статистическим группам заболеваний по медицинской помощи в условиях дневного стационара»;

приложение 36 «Стоимость КСГ для оплаты услуг диализа»;

приложение 37 «Методика расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи»;

приложение 38 «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива при оказании скорой медицинской помощи»;

приложение 39 «Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования при оказании скорой медицинской помощи по медицинским организациям и коэффициенты, применяемые для расчета дифференцированного подушевого норматива»;

приложение 40 «Тарифы на оплату скорой медицинской помощи»;

приложение 41 «Размеры 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».

Заместитель Губернатора Ямало-Ненецкого автономного округа	_____	Т.В. Бучкова
Директор департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа	_____	С.В. Новиков
Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа	_____	Т.А. Никитина

Заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа	_____	Л.М. Романенко
Представитель от окружной общественной организации «Ямальское общество врачей»	_____	Р.А. Гатаулин
Председатель Салехардской городской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации – Общественная организация	_____	Е.И. Урсова
Генеральный директор акционерного общества "Государственная медицинская страховая компания "Заполярье"	_____	В.Б. Назмутдинов
Главный врач – директор территориального центра медицины катастроф государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Салехардская окружная клиническая больница»	_____	А.В. Лукинов
Старший врач станции скорой медицинской помощи государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа «Салехардская станция скорой медицинской помощи»	_____	Р. И. Сулейманов
Председатель первичной профсоюзной организации государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа «Салехардская станция скорой медицинской помощи»	_____	Р. Р. Санников