

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ  
В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
АЛТАЙСКОГО КРАЯ на 2022 год**

г. Барнаул

30.12.2021

Министерство здравоохранения Алтайского края:

Д.В. Попов  
К.В. Гордеев

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края:

М.Д. Богатырева  
Е.П. Корчуганова

Общественная организация «Медицинская палата Алтайского края»:

Я.Н. Шойхет  
А.Ф. Лазарев

Алтайская краевая организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации:

И.А. Смирнова  
Н.В. Максимова

Алтайский филиал ООО «Страховая медицинская компания «РЕСО – Мед»:

Е.А. Осипов

Филиал ООО «Капитал МС» в Алтайском крае:

С.Н. Шкуратова

Стороны заключили настоящее соглашение о нижеследующем:

### **1. Общие положения**

Настоящее Тарифное соглашение разработано в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по

обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, разработанными Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (№ 11-7/И/2-20691 и № 00-10-26-2-04/11-51 от 30.12.2020) (далее – Методические рекомендации).

Тарифное соглашение заключается между Министерством здравоохранения Алтайского края, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Алтайского края, представителями страховых медицинских организаций, медицинских профессиональных некоммерческих организаций, созданных в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), включенными в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Предметом Соглашения являются согласованные сторонами позиции по оплате медицинской помощи, оказанной гражданам в Алтайском крае в рамках действующей Территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Тарифное регулирование оплаты медицинской помощи в системе ОМС Алтайского края осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации, нормативными документами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, правовыми актами Алтайского края, настоящим Тарифным соглашением и решениями Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

В соответствии с пунктом 20 Положения о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского

страхования, являющегося Приложением №1 к Правилам обязательного медицинского страхования, настоящее Тарифное соглашение является обязательным для всех участников обязательного медицинского страхования на территории Алтайского края.

Тарифы применяются для расчетов за медицинскую помощь, оказываемую медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования, гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию. Перечень заболеваний, виды, условия, формы и объемы предоставления медицинской помощи, оказываемой населению за счет средств обязательного медицинского страхования, определяются Территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех страховых медицинских организаций, являющихся участниками обязательного медицинского страхования на территории Алтайского края.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи и ее финансового обеспечения, распределенных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком, установленным Правилами обязательного медицинского страхования.

Оплата за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями, осуществляется по тарифам, действующим на дату окончания лечения.

Основные термины и определения:

*Территориальная программа обязательного медицинского страхования* – составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории Алтайского края и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования (далее – Программа ОМС).

*Медицинская помощь* – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

*Медицинская услуга* – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное.

*Медицинские организации в сфере ОМС* – организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы, индивидуальные предприниматели, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее – МО).

*Способ оплаты медицинской помощи* – установленный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках Программы ОМС способ финансирования медицинской помощи, оказанной МО в тех или иных условиях, установленных Федеральным законом от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст.32 ч.3).

*Подушевой норматив финансирования МО* – показатель, отражающий размер средств на осуществление затрат по предоставлению медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо.

*Посещение с профилактической целью* – оказание медицинской помощи лицам без признаков острого заболевания или обострения хронического заболевания врачом или медицинским работником со средним медицинским образованием, ведущим самостоятельный прием, с целью проведения мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения, прогрессирования, распространения заболеваний, их раннее выявление, установление причин и условий их возникновения и развития.

*Посещение по неотложной помощи* – оказание медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

*Обращение по поводу заболевания* - это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной или круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона только при последнем посещении больного по данному поводу.

*Условная единица трудоемкости (УЕТ)* – норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме.

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

*Базовая ставка* – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой ОМС, с учетом других предусмотренных параметров (средняя стоимость законченного случая лечения).

*Случай госпитализации* - случай лечения в стационарных условиях/ условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации Программы ОМС.

## **2. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Алтайском крае**

В соответствии с Программой ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Алтайском крае:

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

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 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.

Перечень МО представлен в **Приложении 1**.

– по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, с учетом критерия соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению.

Перечень МО представлен в **Приложении 7**.

– 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 МО (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных МО и оплачиваемую за единицу объема

медицинской помощи.

Перечень МО представлен в **Приложении 2**.

2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях в том числе для медицинской реабилитации в специализированных МО (структурных подразделениях):

– 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 № 5 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации;

Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, представлен в **Приложении 3**.

3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях



дневного стационара:

– за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-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, приведенных в приложении № 5 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации.

Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, представлен в **Приложении 4**.

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

по подушевому нормативу финансирования;

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

Перечень МО представлен в **Приложении 5**.

5. При оплате медицинской помощи в МО, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой МО лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов.

Перечень МО представлен в **Приложении 6**.

### **3. Тарифы на оплату медицинской помощи.**

Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с принятыми в Программе ОМС способами оплаты медицинской помощи и методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, установленной Правилами ОМС, утвержденными приказом Минздрава России от 28.02.2019г. №108н.

В расчет тарифов включаются затраты МО, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности МО, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

Структура тарифа на оплату медицинской помощи (за исключением ВМП) 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.

Структура тарифа на оплату ВМП 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).

При определении соответствующих направлений расходования средств ОМС, медицинским организациям, не зависимо от организационно-правовой формы, следует руководствоваться Порядком формирования и применения кодов бюджетной классификации Российской Федерации, их структуре и принципах назначения, утвержденным приказом Минфина России от 06.06.2019 № 85н. Отнесение затрат на соответствующую статью расходов определяется Порядком применения классификации операций сектора государственного управления, утвержденного приказом Минфина России от 29.11.2017 № 209н.

В расчет тарифа включены затраты МО, связанные с оказанием медицинской помощи по Программе ОМС, в соответствии с установленной структурой тарифа, в том числе:

- Заработная плата, начисления на оплату труда.

Расходование средств ОМС на заработную плату осуществляется в соответствии с действующей системой оплаты труда.

Тарифы на оплату медицинской помощи в части расходов на заработную плату определены с учетом достижения целевых показателей

уровня заработной платы медицинских работников по «дорожной карте» и включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, включая денежные выплаты:

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

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

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

В состав расходов на оплату труда включаются только выплаты, предусмотренные трудовым законодательством Российской Федерации.

Тарифами на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС не предусмотрены:

расходы по социальным, компенсационным выплатам работникам, сверх установленных трудовым законодательством РФ;

расходы на осуществление стимулирующих выплат, не предусмотренных действующим трудовым законодательством Российской Федерации, в том числе: премии и поощрения к праздничным и юбилейным датам, при выходе на пенсию, при рождении ребенка и т.п.;

расходы на осуществление выплат материальной помощи по основаниям, не предусмотренным действующим трудовым

законодательством Российской Федерации и связанным с нуждами получателя, а не выполнением трудовой функции;

расходы на иные выплаты работникам медицинских организаций, устанавливаемых органами государственной власти Алтайского края, не предусмотренные трудовым законодательством Российской Федерации, а также выплаты, надбавки и доплаты, устанавливаемые работникам медицинских организаций ведомственного подчинения в соответствии с нормативными правовыми актами распорядительными документами соответствующих министерств и ведомств;

расходы на оплату труда медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь при отсутствии соответствующей квалификации;

расходы на оплату труда и начислений на оплату труда специалистов МО, не участвующих в оказании медицинской помощи в рамках Программы ОМС, в том числе фтизиатры, психиатры, наркологи и пр., а также оказывающих медицинскую помощь на платной основе.

Расходы по начислениям на выплаты по оплате труда включаются в тариф в размере, установленном законодательством Российской Федерации.

- Приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов.

В расчет тарифа на оплату медицинской помощи по Программе ОМС включены расходы на лекарственные препараты, медицинские изделия и расходные материалы медицинского назначения при оказании первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, предусмотренные перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, формируемом в соответствии с Федеральным законом от 12.04.2010г. №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», перечнем медицинских изделий, имплантируемых в

организм человека, утвержденным Правительством Российской Федерации, а также в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Расходование средств ОМС при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара и стационара круглосуточного пребывания на приобретение лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом от 12.04.2010г. №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» и не предусмотренных стандартами и порядками оказания медицинской помощи, допускается только в случае их замены по медицинским показаниям, при наличии решения врачебной комиссии, оформленного в соответствии с приказом Минздрава России от 14.01.2019г. №4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения», индивидуально по каждому пациенту.

Тарифами на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС не предусмотрены расходы на обеспечение лекарственными средствами пациентов по назначению врача при оказании амбулаторно-поликлинической помощи.

При оказании стоматологической помощи в расчет тарифа на оплату медицинской помощи по Программе ОМС включены затраты на лекарственные препараты, медицинские изделия, необходимых для ее оказания на основе стандартов и порядков медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также предусмотренные перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, формируемом в соответствии с Федеральным законом от 12.04.2010г. №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

Тарифами на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС не предусмотрены расходы на приобретение:

- иммунобиологических лекарственных препаратов для проведения профилактических прививок в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок, календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям и в очагах инфекционных заболеваний;

- лекарственных препаратов для проведения туберкулинодиагностики;

- лекарственных препаратов и медицинских изделий для формирования резервного запаса для чрезвычайных ситуаций;

- противоклещевого иммуноглобулина в целях осуществления профилактики инфекционных заболеваний;

- антиретровирусных препаратов для профилактики профессионального заражения сотрудников МО ВИЧ-инфекцией, а также приобретение арбидола, гриппферона и иных лекарственных средств для профилактики профессионального заражения сотрудников МО инфекционными заболеваниями.

Кроме того, в тарифе на оплату медицинской помощи в рамках Программы ОМС не предусмотрены расходы на оказание медицинской помощи при зубопротезировании и установке ортодонтических конструкций (брекет-системы, LM-активаторы, трейнеры, ретейнеры), на приобретение оптических стекол и оправ.

Расходы медицинских организаций на продукты питания, мягкий инвентарь, реактивы и химикаты, прочие материальные запасы медицинского назначения включаются в тариф на оплату медицинской помощи по ОМС в соответствии с нормативно правовыми актами Министерства здравоохранения РФ в объемах, необходимых для оказания медицинской помощи по ОМС.

- Иные расходы.

В состав тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС также включены:



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, в части расходов на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу за исключением средств, полученных от оказания ВМП,

оплата услуг по проведению лабораторных и инструментальных исследований в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), и организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации).

Затраты на коммунальные услуги включают:

- затраты на холодное водоснабжение и водоотведение;
- затраты на горячее водоснабжение;
- затраты на теплоснабжение;
- затраты на электроснабжение.

В случае заключения энергосервисного договора (контракта) дополнительно к указанным нормативным затратам определяются нормативные затраты на оплату исполнения энергосервисного договора (контракта), на величину которых снижаются нормативные затраты по видам энергетических ресурсов.

Расходы на содержание объектов недвижимого имущества включают следующие группы затрат:

- затраты на эксплуатацию системы охранной сигнализации и противопожарной безопасности;

- затраты на аренду недвижимого имущества;
- затраты на текущее содержание и текущий ремонт недвижимого имущества;
- затраты на уплату налогов, в качестве объекта налогообложения, по которым признается недвижимое имущество, закрепленное за МО или приобретенное МО за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества, в том числе земельные участки;
- затраты на содержание прилегающих территорий в соответствии с утвержденными санитарными правилами и нормами;
- прочие затраты на содержание недвижимого имущества.

Расходы на содержание объектов движимого имущества включают следующие группы затрат:

- затраты на техническое обслуживание и текущий ремонт движимого имущества;
- затраты на материальные запасы, потребляемые в рамках содержания движимого имущества, не отнесенные к затратам, непосредственно связанным с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги);
- затраты на уплату налогов, в качестве объекта налогообложения движимого имущества, закрепленного за МО или приобретенного МО за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества;
- затраты на обязательное страхование гражданской ответственности владельцев транспортных средств;
- затраты на арендную плату, в том числе финансовую аренду объектов (лизинг) без ограничения размера платежа. В случае, если договором аренды предусмотрен выкуп предмета лизинга в соответствии со статьей 624 Гражданского кодекса Российской Федерации, то расходы по приобретению предмета лизинга включаются в тариф на оплату медицинской помощи по ОМС в размере, не превышающем ста тысяч рублей за исключением средств, полученных от оказания ВМП;

- прочие затраты на содержание движимого имущества.

Тарифами на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС не предусмотрены:

расходы сверх норм, установленных соответствующими министерствами, ведомствами;

расходы, не предусмотренные действующим законодательством в качестве обязательных для обеспечения оказания медицинской помощи в рамках Программы ОМС;

расходы на оплату собственных обязательств медицинской организации, в том числе на выплату льгот и преимуществ для работников, установленных локальными нормативными актами сверх предусмотренных законодательством Российской Федерации;

расходы по разработке проектно-сметной документации, проведению государственной экспертизы проектно-сметной документации, капитальному ремонту имущества (зданий сооружений, оборудования, автомобилей) медицинской организации, строительству и реконструкции объектов здравоохранения;

расходы по демонтажу зданий, помещений, инженерных систем;

обследование строительных конструкций помещений, осуществление строительного контроля.

При определении видов ремонта (капитальный или текущий) следует руководствоваться Градостроительным кодексом РФ и Положением об организации и проведении реконструкции, ремонта и технического обслуживания зданий, объектов коммунального и социально-культурного назначения, утвержденным приказом Госкомархитектуры от 23.11.1988 № 312;

расходы на приобретение оборудования стоимостью более 100,0 тыс. руб. за единицу за исключением средств, полученных от оказания ВМП;

расходы по обеспечению медицинских организаций квалифицированными кадрами, в части оплаты обучения и выплат мер социальной поддержки студентов;

расходы на повышение квалификации, в том числе выплату командировочных расходов, сотрудников, не оказывающих помощь в рамках программы ОМС: фтизиатры, психиатры, наркологи, венерологи и т.д., а также оказывающим медицинскую помощь на платной основе;

расходы на содержание подразделений, кабинетов по оказанию вида медицинской помощи, при отсутствии лицензии на данный вид деятельности;

расходы по созданию единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ);

расходы по проведению санитарной обработки в выявленных очагах возбудителей опасных инфекционных заболеваний, за исключением такой обработки в медицинских организациях;

расходы на проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций;

расходы на генетическое обследование беременных по выявлению (подтверждению) врожденных аномалий (пороков) развития у плода в медико-генетических консультациях (центрах) и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций;

расходы на оплату услуг по страхованию работников МО на случай причинения вреда их жизни и/или здоровью во время выполнения должностных обязанностей (за исключением обязательного социального страхования);

расходы по транспортировке пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места их фактического проживания до места получения медицинской помощи методом заместительной почечной терапии и обратно;

расходы по транспортировке тел умерших;

расходы на приобретение алкотестеров, расходных материалов (индикаторов для обнаружения алкоголя), оплата услуг по поверке, техническому обслуживанию алкотестеров;

расходы по обеспечению медицинской деятельности, связанной с донорством органов и тканей человека в целях трансплантации;

предоставление компенсационных выплат на возмещение расходов по оплате жилья и коммунальных услуг отдельным категориям граждан, проживающих в сельской местности;

расходы на проведение совещаний, конференций, конгрессов и участие в них в части организационных сборов, командировочных расходов по оплате проезда и проживания, суточных;

расходы на проведение мероприятий по гражданской обороне и мероприятий, связанных с пропагандой здорового образа жизни;

расходы на оплату среднего заработка, командировочных расходов по оплате проезда и проживания, суточных, сотрудникам, направленным в командировки при проведении массовых мероприятий, а также для участия в медицинском обеспечении летнего оздоровительного отдыха детей;

расходы на оснащение медицинских кабинетов образовательных учреждений мебелью, медицинским оборудованием, оргтехникой, медицинскими изделиями согласно стандарту оснащения в соответствии с приложением №3 к приказу Минздрава России от 05.11.2013г. №822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях», а также на их обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения;

расходы, не связанные с деятельностью по реализации Программы ОМС, в том числе по содержанию имущества, а также оплате имущественного налога, сдаваемого в аренду и/или используемого в коммерческой деятельности;

расходы на оплату транспортных услуг по доставке пациентов и проезда граждан к месту получения медицинских услуг, за исключением транспортировки пациентов, находящихся на лечении в стационарных условиях, в другую медицинскую организацию по медицинским показаниям или для проведения диагностических исследований;

и иные расходы, не включенные в структуру тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС и не относящиеся к расходам по оказанию помощи в рамках Программы ОМС.

В части выплат на социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, в состав тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС включены расходы медицинской организации в части выплат пособия за первые три дня временной нетрудоспособности за счет средств работодателя в случае заболевания работника или полученной им травмы, а также выходного пособия работникам, устанавливаемого в соответствии со ст. 178 Трудового Кодекса РФ.

В случае, если медицинская организация оказывает медицинскую помощь, оплата которой осуществляется из различных источников, и/или иную деятельность, не связанную с оказанием медицинской помощи, распределение затрат, необходимых для деятельности МО по ОМС в целом, необходимо осуществлять по источникам финансового обеспечения способом, закрепленным в Учетной политике МО.

Распределение затрат, необходимых для деятельности медицинской организации в целом, осуществляется одним из следующих способов:

1) пропорционально фонду оплаты труда основного персонала, непосредственно участвующего в оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

2) пропорционально объему оказываемых медицинских услуг в случае, если медицинские услуги, оказываемые медицинской организацией, имеют одинаковую единицу измерения объема услуг, либо могут быть приведены в сопоставимый вид;

3) пропорционально площади, используемой для оказания медицинской помощи (медицинской услуги) или иной деятельности (при возможности распределения общего объема площадей медицинской организации между оказываемыми видами медицинской помощи (медицинскими услугами);

4) пропорционально иному выбранному показателю.

Возмещение общехозяйственных расходов медицинской организации при наличии нескольких источников финансового обеспечения исключительно за счет средств ОМС недопустимо.

Закупка товаров, работ, оказание услуг, заключение и оплата государственных контрактов, а также гражданско-правовых договоров осуществляется медицинской организацией с учетом потребности текущего календарного года и в пределах имеющихся финансовых средств.

МО обеспечивает целевое и эффективное использование средств ОМС в соответствии с нормами действующего законодательства.

Расходование средств ОМС на затраты, не предусмотренные Программой ОМС и не включенные в расчет тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС является нецелевым использованием.

В соответствии с ч.9 ст. 39 Федерального закона от 29.11.2010г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» за использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация возвращает средства, использованные не по целевому

назначению, в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования, а также уплачивает в бюджет территориального фонда штраф в размере 10 процентов от суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки.

### **3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.**

Средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Алтайского края, определён исходя из нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования (без учета средств, направляемых на оплату амбулаторной медицинской помощи оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования) и составляет 6 027,11 руб. в год в расчете на одно застрахованное лицо.

Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключаяющий влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи (включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, за исключением углубленной диспансеризации), коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с



численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, и оказываемой в фельдшерских, фельдшерских-акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение целевых показателей результативности деятельности при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях составляет 0,3715015.

Базовый подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях составляет 2239,08 руб. в год, (186,59 руб. в месяц) на одного застрахованного.

В подушевой норматив финансирования включаются расходы на оказание в амбулаторных условиях первичной доврачебной медико-санитарной помощи, оказываемой фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием, за исключением медицинской помощи, оказанной в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, первичной врачебной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами), первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-специалистами, расходы на финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, за исключением углубленной диспансеризации, расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Единицами объема первичной медико-санитарной помощи являются комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров, комплексные посещения для проведения диспансеризации, посещения с иными целями, обращения по поводу заболевания.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включены:

- средства, направляемые на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;
- средства, направляемые на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии);
- расходы на оплату исследований с целью выявления коронавирусной инфекции (COVID-19) при направлении из амбулаторного звена;
- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;
- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;
- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в центрах здоровья;
- расходы на оплату проведения углубленной диспансеризации.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования по каждой МО определен исходя из базового подушевого норматива финансирования с учетом коэффициента специфики оказания медицинской помощи, учитывающего половозрастной состав, долю оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, расходы на содержание МО, коэффициента уровня оказания медицинской помощи, учитывающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), за исключением углубленной диспансеризации, а также коэффициента дифференциации на прикрепившихся лиц применяемых в отношении медицинских организаций (юридических лиц) с учетом наличия у них подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе в отношении

участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями) (**Приложение 7**).

В случае если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации, объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

$$КД_{OT}^i = \left(1 - \sum D_{OTj}\right) + \sum \left(КД_{OTj} \times D_{OTj}\right), \text{ где}$$

- $КД_{OT}^i$  коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для  $i$ -той медицинской организаций (при наличии).
- $D_{OTj}$  доля населения, обслуживаемая  $j$ -ым подразделением, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (значение от 0 до 1);
- $КД_{OTj}$  коэффициент дифференциации, применяемый к  $j$ -ому подразделению, расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание и оплату труда персонала.

Перечень структурных подразделений медицинских организаций, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек представлен в **Приложении 7**.

Объем подушевого финансового обеспечения каждой МО рассчитывается страховыми медицинскими организациями (далее – СМО), исходя из численности граждан, застрахованных СМО и прикрепленных к данной МО на 01.12.2021 года, и фактического дифференцированного подушевого норматива МО. Численность устанавливается по результатам информационного обмена между МО, СМО и Территориальным фондом ОМС при формировании и актуализации регионального сегмента Единого

регистра застрахованных лиц, прикрепленных к МО, регламент которого утвержден приказом Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности от 20.12.2013 г. № 843.

Итоговый объем финансового обеспечения МО по подушевому нормативу определяется с учетом стимулирующей части.

Размер средств на стимулирующую часть составляет 0,7% от средств на финансовое обеспечение по подушевому нормативу медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

Расчет стимулирующей части осуществляется при выполнении медицинскими организациями показателей результативности деятельности **(Приложение 7)**.

Условием участия в стимулировании является выполнение МО плановых объемов амбулаторной медицинской помощи по комплексным посещениям для проведения профилактических медицинских осмотров, комплексным посещениям для проведения диспансеризации, посещениям с иными целями, обращениям по поводу заболеваний и посещениям при оказании медицинской помощи в неотложной форме не менее 95%.

Расчет коэффициента стимулирования МО, выполнивших 100% показателей результативности ( $K_{MO100\%}$ ) осуществляется по формуле:

$$K_{MO100\%} = K_{MO} \times 1,1 + 1;$$

$K_{MO}$  - коэффициент стимулирования за период;

1,1 – повышающий коэффициент для МО, выполнивших 100% показателей результативности;

Расчет коэффициента стимулирования МО, выполнивших не менее 80% показателей результативности ( $K_{MO (не\_менее\_80\%)}$ ) осуществляется по формуле:

$$K_{MO (не\_менее\_80\%)} = K_{MO} + 1;$$

Коэффициент стимулирования за период осуществляется по формуле:

$$K_{MO} = \frac{C}{\sum (Пф_{i\ 100\%} \times 1,1 + Пф_{i(не\_менее\_80\%)})};$$

$C$  – стимулирующая часть подушевого финансирования;

$Пф_{i\ 100\%}$  – размер подушевого финансирования  $i$  МО, выполнившей 100% показателей результативности;

$Пф_{i\ (не\_менее\_80\%)}$  – размер подушевого финансирования  $i$  МО, выполнившей не менее 80% показателей результативности.

Территориальный фонд ОМС ежемесячно осуществляет оценку показателей и расчет коэффициента стимулирования, который доводится до СМО.

Оплата счетов по подушевому финансированию осуществляется СМО ежемесячно с учетом стимулирующей части, а также суммы удержания за консультативно-диагностические услуги, оказанные МО-исполнителями в рамках межучрежденческих расчетов.

*Стимулирование МО, внедряющих новую модель МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства*

Для МО, внедряющих новую модель МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства (*далее – «Бережливая поликлиника»*) итоговый объем финансового обеспечения по подушевому нормативу за декабрь месяц определяется с учетом стимулирующей части, а также с учетом стимулирующих выплат за достижение показателей результативности, установленных в Методических рекомендациях «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации от 30.07.2019.

Размер средств на стимулирующие выплаты за достижение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» составляет 1 % от средств на финансовое обеспечение по подушевому нормативу медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях за декабрь месяц

медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства.

МО получает стимулирующие выплаты за достижение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» в случае выполнения всех показателей, установленных **Приложением 7**.

Коэффициент стимулирующих выплат за достижение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» ( $K_{бп}$ ) осуществляется по формуле:

$$K_{бп} = \frac{С_{бп}}{\sum (Пф(бп)_i)} + 1;$$

$С_{бп}$  – размер средств на стимулирующие выплаты за достижение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники»;

$Пф(бп)_i$  – размер подушевого финансирования  $i$  МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства достигшей показателя результативности деятельности «Бережливой поликлиники».

Оценка показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» осуществляется представителями регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи, результаты оценки показателей результативности передаются в Комиссию по разработке территориальной программы ОМС для осуществления стимулирующих выплат МО по итогам года. Территориальный фонд ОМС осуществляет расчет стимулирующих выплат за достижение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники», которые доводятся до СМО.

Оплата счетов по подушевому финансированию осуществляется СМО за декабрь месяц с учетом стимулирующей части, стимулирующих выплат за достижение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники», а также суммы удержания за консультативно-

диагностические услуги, оказанные МО-исполнителями в рамках межучрежденческих расчетов.

Финансовое обеспечение расходов МО, не имеющих прикрепившихся лиц, а также видов расходов, не включенных в подушевой норматив, осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

Базовые нормативы финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, коэффициенты, применяемые для определения стоимости каждой единицы объема на основании базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, а также тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи, оказываемых в амбулаторных условиях (медицинская услуга, посещение, обращение), применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, представлены в **Приложении 7**.

Тарифы включают расходы, обеспечивающие лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами и порядками оказания медицинской помощи.

Единицами объема медицинской помощи в целях оплаты являются:

1). Посещения с иными целями, в том числе, разовые посещения в связи с заболеваниями.

Посещения в течение дня пациентом врача одной и той же специальности считаются одним посещением.

2). Посещение в неотложной форме (в отделениях/кабинетах, врачебных амбулаториях, ФАП, травмпунктах, приемном отделении стационара без последующей госпитализации). Случай оказания медицинской помощи в приемном отделении считается законченным, если пациенту, не подлежащему госпитализации, оказана необходимая медицинская помощь, причины отказа в госпитализации и оказанная медицинская помощь зафиксированы в медицинской документации в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.11.2003 № 545 «Об утверждении инструкций по

заполнению учетной медицинской документации». Минимальным набором медицинских услуг, обосновывающим предъявление случая к оплате, является осмотр дежурным врачом и проведение необходимых для постановки диагноза лабораторно-инструментальных исследований.

3). Обращение по поводу заболевания.

Учет обращений осуществляется на основе Талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, утвержденного Приложением № 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. N 834н.

4). Медицинские услуги:

а) Услуги диализа.

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну услугу экстракорпорального диализа и один день перитонеального диализа. В целях учета объемов медицинской помощи учитывается лечение в течение одного месяца как одно обращение (в среднем 13 услуг экстракорпорального диализа, 12-14 в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца). При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников.

Оплата услуг диализа производится по тарифам, рассчитанным с учетом применения коэффициентов относительной затроемкости к установленным базовым тарифам на услуги: А18.05.002 «Гемодиализ» и А18.30.001 «Перитонеальный диализ».

б) Отдельные диагностические (лабораторные) исследования: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических



заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (далее – Отдельные диагностические исследования).

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

в) Случай лечения с использованием методов лазерного воздействия (фокальная лазерная коагуляция глазного дна, панретинальная лазеркоагуляция).

г) Консультативно-диагностические услуги (за исключением Отдельных диагностических исследований).

Оплата консультативно-диагностических медицинских услуг, а также медицинских услуг, оказываемых КГБУЗ «Алтайский врачебно-физкультурный диспансер», осуществляется СМО в рамках межучрежденческих расчетов за единицу объема медицинской помощи по установленным в сфере ОМС тарифам.

Порядок взаимодействия МО при направлении пациентов в другие МО устанавливает Министерство здравоохранения Алтайского края.

Перечень МО-исполнителей, оказывающих консультативно-диагностические услуги, перечень медицинских услуг, оплачиваемых за счет средств ОМС в рамках межучрежденческих расчетов, а также тарифы представлены в **Приложении 7**.

Стоимость консультативно-диагностических услуг включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и в стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ (в случае оказания консультативно-диагностических услуг в рамках стационарного лечения/дневного стационара).

При оказании медицинской помощи гражданам, застрахованным на территории других субъектов РФ, межучрежденческие расчеты по консультативно-диагностическим услугам не проводятся, оплата осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

д) Медицинская услуга стоматологического профиля.

Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях производится по тарифам с учетом УЕТ (условная единица трудоемкости) в соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации. Перечень медицинских услуг при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях представлен в **Приложении 7**.

е) Исследования с целью выявления коронавирусной инфекции (COVID-19) при направлении из амбулаторного звена.

5). В рамках 1 этапа углубленной диспансеризации граждан, переболевших COVID-19:

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

б) тест с 6-минутной ходьбой

в) определение концентрации Д-димера в крови

В рамках 2 этапа углубленной диспансеризации граждан, переболевших COVID-19:

а) проведение эхокардиографии

б) проведение КТ легких

в) проведение дуплексного сканирования вен нижних конечностей.

Тарифы на проведение углубленной диспансеризации представлены в **Приложении 7**.

Оплата углубленной диспансеризации граждан осуществляется за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую услугу, за

комплексное посещение) дополнительно к подушевому нормативу финансирования.

### **3.2. Тарифы на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов**

Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, составляет на 2022 год:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей – 852,0 тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей – 1247,6 тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей – 1976,4 тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей – 2219,3 тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий свыше 2000 жителей – 2219,3 тыс. рублей.

Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов с численностью обслуживаемого населения, финансовое обеспечение и коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской

Федерации, представлен в **Приложении 7**.

Размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в МО, рассчитывается с учетом числа фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

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

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

- $OC_{\text{ФАП}}^i$  размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в *i*-той медицинской организации;
- $\text{Ч}_{\text{ФАП}}^n$  число фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов *n*-типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению);
- $\text{БНФ}_{\text{ФАП}}^n$  базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций - фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов *n*-го типа;
- $\text{КС}_{\text{БНФ}}^n$  коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов определен Программой, устанавливается значение коэффициента равное 1).

Финансовое обеспечение рассчитывается в целых рублях с округлением по правилам математики.

В случае если у фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое

обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года, и рассчитывается следующим образом:

$$OC_{\text{ФАП}}^j = OC_{\text{ФАП}_{\text{НГ}}}^j + \left( \frac{\text{БНФ}_{\text{ФАП}}^j \times \text{КС}_{\text{БНФ}}^j}{12} \times n_{\text{МЕС}} \right),$$

где:

- $OC_{\text{ФАП}}^j$  фактический размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта;
- $OC_{\text{ФАП}_{\text{НГ}}}^j$  размер средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта с начала года;
- $n_{\text{МЕС}}$  количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

В случае изменения укомплектованности фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов до 15 числа месяца, изменение финансового обеспечения осуществляется начиная с 1-го числа данного месяца, при изменении количества занятых ставок после 15 числа месяца изменение финансового обеспечения осуществляется с 1-го числа следующего месяца.

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

Финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов осуществляется СМО ежемесячно исходя из численности застрахованных граждан, обслуживаемых данными подразделениями по состоянию на 01.12.2021 г.

Размер финансового обеспечения медицинской организации, в составе которой имеются фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты, определяется исходя из подушевого норматива финансирования и количества лиц, прикрепленных к ней, а также расходов на фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты исходя из их количества в составе МО и установленного в настоящем разделе размера их финансового обеспечения.

**3.3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.**

Медицинская помощь, оказываемая в условиях стационара и дневного стационара, оплачивается за случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

В соответствии с Методическими рекомендациями, формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов (классификационных критериев):

- диагноз (код по МКБ 10);
- хирургическая операция и/или другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения РФ от 13.10.2017г. № 804н (далее – Номенклатура)), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);
- схема лекарственной терапии;
- МНН лекарственного препарата;
- возрастная категория пациента
- сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ 10);
- оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации;
- длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);
- количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- пол пациента;
- длительность лечения;

- этап проведения экстракорпорального оплодотворения;
- показания к применению лекарственного препарата;
- объем послеоперационных грыж брюшной стенки;
- степень тяжести заболевания.

Особенности формирования отдельных КСГ определены Методическими рекомендациями.

Лечение в рамках КСГ, включенных в профили «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия», может осуществляться только в МО и структурных подразделениях МО, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия» соответственно. КСГ st01.001 «Беременность без патологии, родовая госпитализация в отделение сестринского ухода» может быть подана на оплату только МО, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

Перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением ВМП) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара представлен в **Приложении 8**.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре/дневном стационаре (ССкcg), за исключением случаев госпитализации взрослых с применением лекарственной терапии злокачественных новообразований, определяется по следующей формуле:

$$ССкcg = НФЗ * КП * КЗкcg * ПК, \text{ где}$$

НФЗ – средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи с учетом коэффициента дифференциации (1,147), рассчитанного в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на

осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - Постановление № 462), (в стационарных условиях – 41 391,25 руб.; в условиях дневного стационара – 25 396,53 руб.)

КП – коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке, исключая влияние применяемых коэффициентов относительной затратно-емкости и специфики оказания медицинской помощи и коэффициента сложности лечения пациентов.

Коэффициент приведения (далее – коэффициент приведения при оплате специализированной медицинской помощи) установлен:

- в стационарных условиях - 0,65;
- в условиях дневного стационара - 0,60;

КЗкст - коэффициент относительной затратно-емкости по конкретной клинико-статистической группе (**Приложение 9, 10**);

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ (интегрированный коэффициент)

$ПК = КС_{кст} * КУС_{мо} * КС_{лп}$ , где

КС<sub>кст</sub> - коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации. Перечень коэффициентов специфики приведен в **Приложении 9, 10**. Для МО /структурных подразделений МО, расположенных на территории ЗАТО, коэффициент специфики устанавливается в размере 1,2;

КУС<sub>мо</sub> - коэффициент подуровня МО, в которой был пролечен пациент (применяется при оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара. В условиях дневного стационара не применяется). Значения коэффициентов приведены в **Приложении 9**.

КС<sub>лп</sub> - коэффициент сложности лечения пациента устанавливается к отдельным случаям оказания медицинской помощи в круглосуточном стационаре. Перечень критериев, являющихся основанием применения



КСЛП, приведен в **Приложении 9**. По всем случаям оказания медицинской помощи с применением КСЛП проводятся контрольно-экспертные мероприятия.

Расчет суммарного значения КСЛП при наличии нескольких критериев производится по формуле:

$$КСЛП_{сумм} = КСЛП_1 + (КСЛП_2 - 1) + (КСЛП_n - 1).$$

При этом суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8.

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС * КЗ_{КСГ} * ((1 - Дзп) + Дзп * ПК * КД)$$

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка) (в стационарных условиях - 27 819,83 руб.; в условиях дневного стационара – 15 961,22 руб.);

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

Дзп - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное значение, к которому применяется КД) (**Приложение 9, 10**);

ПК - поправочный коэффициент оплаты КСГ (интегрированный коэффициент);

КД - коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462 (1,147).

Оплата за прерванные случаи госпитализации осуществляется 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 и 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 КСГ, представленных в **Приложениях 9, 10**.

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 дней – 100% от стоимости КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 40% от стоимости КСГ при лечении детей в возрасте до 4-х лет, 20% от стоимости – для остальных возрастных категорий пациентов.

- при длительности лечения более 3 дней – 80% от стоимости КСГ, независимо от возраста пациента.

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство и (или) тромболитическую терапию, представлен в **Приложении 9, 10**.

В случае если фактическое количество дней введения в рамках случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, определенному Приложением 1 к

Методическим рекомендациям, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

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

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

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

При переводе пациента из одного отделения МО в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров, 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 МО в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев.

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

имеют одинаковую стоимость, производится оплата случая с более ранними сроками лечения.

Помимо случаев перевода пациента при возникновении нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10, и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной МО по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ10:

1. Проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же МО по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

2. 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;

3. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

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

5. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением (оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение»).

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:

- O14.1 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.

При этом если один из случаев лечения, оплачиваемых по двум КСГ, является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

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

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, осуществляется по тарифам за законченный случай лечения в пределах, распределенных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС объемов предоставления медицинской помощи и ее финансового обеспечения.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида ВМП, кодов МКБ 10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным разделом I перечня видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС. Если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует разделу I

перечня видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

При направлении в МО с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания ВМП, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ 10 либо по коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования. После оказания ВМП, 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.

Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, доли заработной платы в структуре затрат на оказание ВМП представлены в **Приложении 11**.

Оплата медицинской помощи с применением методов диализа, оказанной в условиях стационара, осуществляется за случай лечения. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата осуществляется:

- в условиях круглосуточного стационара – за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания ВМП. При этом к законченному случаю относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

Базовые тарифы на оплату гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») и перитонеального диализа (код услуги А18.30.001

«Перитонеальный диализ»)), коэффициенты относительной затратоемкости к базовым тарифам, стоимость услуг диализа представлены в **Приложении 7**. Поправочные коэффициенты к стоимости услуг не применяются.

Оплата случаев медицинской помощи на койках скорой медицинской помощи суточного пребывания без последующей госпитализации в профильное отделение осуществляется за законченный случай на основании тарифа за услугу в размере 2 580,00 руб.

### **3.4. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи.**

Средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Алтайского края, определен исходя из нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо (без учета средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов) и составляет 945,74 рубля в год в расчете на одно застрахованное лицо.

Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключаяющий влияние применяемого коэффициента специфики, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема скорой медицинской помощи, составляет – 0,9431345.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, составляет 891,96 руб. в год (74,33 руб. в месяц) на одного застрахованного (**Приложение 7**).

В подушевой норматив финансирования включаются расходы на оказание скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказываемой гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций, рассчитанные исходя из базового подушевого норматива финансирования с учетом коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, учитывающих половозрастной состав, расходы на содержание МО, тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов), применяемые, в том числе, для осуществления межтерриториальных расчетов, представлены в **Приложении 7**.

Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определяется исходя из: значения фактического дифференцированного подушевого норматива, численности обслуживаемого населения на 01.12.2021 г., а также объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов.

Дополнительно по отдельному тарифу производится оплата вызова бригады скорой медицинской помощи в случае проведения тромболитика при остром коронарном синдроме.

Тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи устанавливаются в зависимости от профиля бригады скорой медицинской помощи, осуществившей вызов – врачебная, фельдшерская, анестезиолого-реанимационная (неонатальная, акушерская).

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Алтайского края, осуществляется по тарифам за выполненный вызов.



**3.5. Тарифы на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной МО лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной МО медицинской помощи (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, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов), с учетом показателей результативности деятельности МО, включая показатели объема медицинской помощи.**

Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования применяется в ЦРБ 1-го уровня оказания медицинской помощи, имеющих прикрепленное население, в составе которых имеются подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию (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, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, исследований с целью выявления коронавирусной инфекции (COVID-19) при направлении из амбулаторного звена.

Единицами объема первичной медико-санитарной помощи являются комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров, комплексные посещения для проведения диспансеризации, посещения с иными целями, обращения по поводу заболевания, посещения

по неотложной форме, специализированной – случаи госпитализации в круглосуточном стационаре и случаи лечения в дневном стационаре.

Средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Алтайского края, в части медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, имеющими в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара с учетом показателей результативности деятельности МО, а также медицинскую реабилитацию (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях, определен исходя из нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, (без учета средств, направляемых на оплату медицинской помощи в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования) и составляет 14710,29 руб. в год в расчете на одно застрахованное лицо.

Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключающий влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи (включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, за исключением углубленной диспансеризации), коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с

численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, и оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности составляет 0,3501549.

Базовый подушевой норматив финансирования составляет 5150,88 руб. в год, (429,24 руб. в месяц) на одного застрахованного.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включаются объемы первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в плановой форме и неотложной форме, и специализированной медицинской помощи, оказываемой в плановой, экстренной и неотложной формах.

В подушевой норматив финансирования включаются расходы на оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи, оказываемой фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием, за исключением медицинской помощи, оказанной в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, первичной врачебной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами), первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-специалистами, специализированной медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами, расходы на финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, за исключением углубленной диспансеризации, расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включены:

- средства, направляемые на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

- средства, направляемые на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;

- расходы на оплату исследований с целью выявления коронавирусной инфекции (COVID-19) при направлении из амбулаторного звена;

- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в центрах здоровья;

- расходы на оплату проведения углубленной диспансеризации.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для каждой МО определен в части амбулаторной помощи исходя из базового подушевого норматива финансирования с учетом коэффициента специфики оказания медицинской помощи, учитывающего половозрастной состав, долю оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, расходы на содержание МО, коэффициента уровня оказания медицинской помощи, учитывающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), за исключением углубленной диспансеризации, коэффициентов дифференциации на прикрепившихся лиц, применяемых в отношении медицинских организаций (юридических лиц) с учетом наличия у них подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями), а также в части медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара и дневного

стационара исходя из базового подушевого норматива финансирования с учетом коэффициента специфики оказания медицинской помощи, учитывающего половозрастной состав, долю оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, расходы на содержание МО (Приложение 7).

В случае если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации, объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

$$КД_{от}^i = \left(1 - \sum D_{отj}\right) + \sum \left(КД_{отj} \times D_{отj}\right), \text{ где}$$

$КД_{от}^i$  коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для  $i$ -той медицинской организаций (при наличии).

$D_{отj}$  доля населения, обслуживаемая  $j$ -ым подразделением, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (значение от 0 до 1);

$КД_{отj}$  коэффициент дифференциации, применяемый к  $j$ -ому подразделению, расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание и оплату труда персонала.

Объем подушевого финансового обеспечения каждой МО рассчитывается СМО, исходя из численности граждан, застрахованных СМО и прикрепленных к данной МО на 01.12.2021 года и фактического дифференцированного подушевого норматива МО. Численность устанавливается по результатам информационного обмена между МО, СМО и Территориальным фондом ОМС при формировании и актуализации регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц, прикрепленных к МО, регламент которого утвержден приказом Главного

управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности от 20.12.2013 г. № 843.

Итоговый объем финансового обеспечения МО по подушевому нормативу определяется с учетом стимулирующей части.

Размер средств на стимулирующую часть составляет 0,7% от средств на финансовое обеспечение по подушевому нормативу медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, условиях круглосуточного и дневного стационаров.

Расчет стимулирующей части осуществляется при выполнении медицинскими организациями показателей результативности деятельности **(Приложение 7)**.

Условием участия в стимулировании является выполнение МО плановых объемов амбулаторной медицинской помощи по комплексным посещениям для проведения профилактических медицинских осмотров, комплексным посещениям для проведения диспансеризации, посещениям с иными целями, обращениям по поводу заболеваний, посещениям при оказании медицинской помощи в неотложной форме, случаев госпитализации в круглосуточном стационаре и случаев лечения в дневном стационаре не менее 95%.

Расчет коэффициента стимулирования МО, выполнивших 100% показателей результативности ( $K_{mo100\%}$ ) осуществляется по формуле:

$$K_{mo100\%} = K_{mo} \times 1,1 + 1;$$

$K_{mo}$  - коэффициент стимулирования за период;

1,1 – повышающий коэффициент для МО, выполнивших 100% показателей результативности;

Расчет коэффициента стимулирования МО, выполнивших не менее 80% показателей результативности ( $K_{mo (не\_менее\_80\%)}$ ) осуществляется по формуле:

$$K_{mo (не\_менее\_80\%)} = K_{mo} + 1;$$

Коэффициент стимулирования за период осуществляется по формуле:

$$K_{MO} = \frac{C}{\sum (Пф_{i\ 100\%} \times 1,1 + Пф_{i(не\_менее\_80\%)})};$$

С – стимулирующая часть подушевого финансирования;

Пф<sub>i 100%</sub> – размер подушевого финансирования i МО, выполнившей 100% показателей результативности;

Пф<sub>i (не\_менее\_80%)</sub> – размер подушевого финансирования i МО, выполнившей не менее 80% показателей результативности.

Территориальный фонд ОМС ежемесячно осуществляет оценку показателей и расчет коэффициента стимулирования, который доводится до СМО.

Оплата счетов по подушевому финансированию осуществляется СМО ежемесячно с учетом стимулирующей части, а также суммы удержания за консультативно-диагностические услуги, оказанные МО-исполнителями в рамках межучрежденческих расчетов.

*Стимулирование МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства.*

Для МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства итоговый объем финансового обеспечения по подушевому нормативу за декабрь месяц определяется с учетом стимулирующей части, а также с учетом стимулирующих выплат за выполнение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» по итогам года.

Размер средств на стимулирующие выплаты за достижение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» составляет 0,5 % от средств на финансовое обеспечение по подушевому нормативу медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, условиях круглосуточного и дневного стационаров за декабрь месяц медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства.

МО получает стимулирующие выплаты за достижение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» в случае выполнения всех показателей результативности, установленных **Приложением 7.**

Коэффициент стимулирующих выплат за достижение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» ( $K_{бп}$ ) осуществляется по формуле:

$$K_{бп} = \frac{С_{бп}}{\sum (Пф(бп)_i)} + 1;$$

$С_{бп}$  – размер средств на стимулирующие выплаты за достижение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники»;

$Пф(бп)_i$  – размер подушевого финансирования  $i$  МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства достигшей показатели результативности деятельности «Бережливой поликлиники».

Оценка показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» осуществляется представителями регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи, результаты оценки показателей результативности передаются в Комиссию по разработке территориальной программы ОМС для осуществления стимулирующих выплат МО по итогам года. Территориальный фонд ОМС осуществляет расчет стимулирующих выплат за достижение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники», которые доводятся до СМО.

Оплата счетов по подушевому финансированию осуществляется СМО за декабрь месяц с учетом стимулирующей части, стимулирующих выплат за достижение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники», а также суммы удержания за консультативно-



диагностические услуги, оказанные МО-исполнителями в рамках межучрежденческих расчетов.

Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи, оказываемых в амбулаторных условиях (медицинская услуга, посещение, обращение), в том числе медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме, мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, а также тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи, оказываемых в условиях круглосуточного и дневного стационара, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, представлены в **Приложении 7, 9, 10**.

**4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.**

Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной МО, или подлежит возврату в СМО / Территориальный фонд в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком организации и проведения контроля.

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

$$H = PT \times K_{\text{но}},$$

где:

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

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

$K_{но}$  - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

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

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

$$C_{шт} = РП \times K_{шт},$$

где:

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

РП - установленный тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (2239,08 руб.), или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (891,96 руб.), или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее

оказания за счет средств обязательного медицинского страхования (5150,88 руб.), или подушевой норматив финансирования (16179,64 руб.);

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

Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества приведены в Приложении 12.

Оплата за оказанную МО медицинскую помощь гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, уменьшается в случае обоснованного отказа территориального фонда обязательного медицинского страхования соответствующего субъекта Российской Федерации в оплате счета, выставленного ТФОМС за лечение вышеуказанных граждан.

## **5. Заключительные положения**

Тарифное соглашение заключается на 2022 год и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года.

Все изменения и дополнения к настоящему Соглашению вносятся на основании решений Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

Изменения вносятся в случаях:

а) при внесении изменений в реестр МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Алтайского края, в части включения/исключения МО;

б) при внесении изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи между МО;

в) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи в рамках ОМС;

г) при внесении изменений в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации;

д) при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

е) при принятии Президентом РФ, Правительством РФ, высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ решений, приводящих к необходимости внесения изменений в тарифное соглашение, в т.ч. изменении тарифов на оплату медицинской помощи и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

Внесение изменений в тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

Д.В. Попов  
К.В. Гордеев  
М.Д. Богатырева  
Е.П. Корчуганова  
Я.Н. Шойхет  
А.Ф. Лазарев  
И.А. Смирнова  
Н.В. Максимова  
Е.А. Осипов  
С.Н. Шкуратова