

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

(г. Ставрополь, 27 января 2022 года)

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Основания заключения тарифного соглашения

Настоящее тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ставропольского края (далее соответственно – тарифное соглашение, ОМС) заключено в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ставропольского края на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов, утверждённой постановлением Правительства Ставропольского края от 30.12.2021 № 713-п.

1.2. Предмет тарифного соглашения

1.2.1. Предметом тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой за счёт средств ОМС (далее – тариф) на территории Ставропольского края.

1.2.2. Настоящее тарифное соглашение регулирует правоотношения сторон, а также страховых медицинских и медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС (далее соответственно – страховая организация, медицинская организация), возникающие при формировании тарифов и их применении в рамках реализации территориальной программы ОМС.

1.3. Стороны тарифного соглашения

На основании статей 30 и 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», статьи 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сторонами тарифного соглашения являются министерство здравоохранения Ставропольского края (далее – министерство), Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ставропольского края (далее – фонд),

акционерное общество «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Ингосстрах-М», общественная организация «Врачи Ставропольского края», Ставропольская краевая организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице уполномоченных представителей.

1.4. Основные термины, понятия и сокращения

Для целей настоящего тарифного соглашения используются следующие основные термины, понятия и сокращения:

1) Федеральный закон – Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

2) застрахованное лицо – физическое лицо, на которое распространяется ОМС в соответствии с Федеральным законом;

3) базовая программа ОМС – составная часть Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов, утверждённой постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505;

4) Территориальная программа – Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ставропольского края на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов, утверждённая постановлением Правительства Ставропольского края от 30.12.2021 № 713-п;

5) территориальная программа ОМС – составная часть Территориальной программы, определяющая перечень заболеваний, в связи с которыми представляется страховое обеспечение, объёмы и условия оказания медицинской помощи в связи с наступлением страхового случая, способы оплаты оказанной застрахованным лицам медицинской помощи и другие условия оказания медицинской помощи за счёт средств ОМС;

6) сверхбазовая программа ОМС – перечень страховых случаев, виды и условия оказания медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС в дополнение к базовой программе ОМС;

7) Комиссия – комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ставропольском крае, созданная постановлением Правительства Ставропольского края от 03.10.2012 № 365-п;

8) Правила – Правила обязательного медицинского страхования, утверждённые приказом Министерством здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н;

9) МКБ 10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра, принятая 43-й Всемирной Ассамблеей Здравоохранения;

10) Номенклатура – Номенклатура медицинских услуг, утверждённая приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

11) Перечень ЖНиВЛП – Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, устанавливаемый в соответствии с Федеральным законом от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;

12) Порядок контроля – Порядок организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утверждённый приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации;

13) Требования – Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утверждённые приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н;

14) Методические рекомендации – Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования, направленные совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 30.12.2020 № 11-7/и/2-20691/№ 00-10-26-2-04/11-51;

15) плановый объём медицинской помощи – годовой объём и финансовое обеспечение предоставляемой в рамках территориальной программы ОМС медицинской помощи по условиям ее оказания, распределённый решением Комиссии;

16) тариф – сумма возмещения расходов медицинских организаций на единицу объёма медицинской помощи в рублях с двумя знаками после запятой;

17) законченный случай оказания медицинской помощи – оказанный при наступлении страхового случая объём медицинской помощи, ограниченный временным интервалом, в результате которого достигнут клинический результат обращения застрахованного лица в медицинскую организацию;

18) законченный случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе стоматологической помощи, – медицинская помощь, включая посещения, лабораторно-инструментальные исследования, осмотры врачей различных специальностей, манипуляции, выполняемые врачом и средним медицинским персоналом, оказанная пациенту по основному и сопутствующему заболеванию при обращении пациента в медицинскую организацию для получения медицинской помощи в амбулаторных условиях в необходимом для достижения клинического результата объёме;

19) законченный случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара – медицинская помощь, включая лабораторно-инструментальные исследования, осмотры врачей различных специальностей, манипуляции, выполняемые врачом и средним медицинским персоналом, оперативные вмешательства, анестезиологические и реанимационные пособия, оказанные пациенту в зависимости от его состояния по основному и сопутствующему заболеванию от момента поступления в медицинскую организацию (начала лечения) пациента до его выписки (окончания лечения) в необходимом для достижения клинического результата объёме, в том числе случаи оказания медицинской помощи, для которых длительность три дня и менее является

оптимальным сроком лечения по перечню групп, определённого настоящим тарифным соглашением;

20) прерванный случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара – медицинская помощь, оказание которой было прервано по медицинским показаниям, при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменении условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и 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 объёме 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, переводе 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 трёх дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), кроме случаев для которых длительность три дня и менее является оптимальными сроками лечения, по перечню групп, определённому настоящим тарифным соглашением;

21) законченный случай оказания скорой медицинской помощи – медицинская помощь, включая лабораторно-инструментальные исследования, осмотры врачей различных специальностей, манипуляции, выполняемые врачом и средним медицинским персоналом, оперативные вмешательства, анестезиологические и реанимационные пособия, оказанная пациенту в экстренной или неотложной форме подразделением скорой медицинской помощи вне медицинской организации, в объёме, необходимом для купирования состояния, требующего срочного медицинского вмешательства, или до доставки пациента в медицинскую организацию;

22) средний подушевой норматив финансирования – объём средств в расчёте на одно застрахованное лицо, прикрепившееся или обслуживаемое медицинской организацией при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также скорой медицинской помощи вне медицинской организации;

23) базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях – объём средств в расчёте на одно застрахованное лицо, прикрепившееся или обслуживаемое медицинской организацией при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, за исключением средств на оплату медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами;

24) базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи – объём средств в расчёте на одно застрахованное лицо, обслуживаемое медицинской организацией при оказании скорой медицинской помощи за исключением средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне

медицинской организации застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам за вызов;

25) коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования – коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключающий влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи (включающего объём средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, с учётом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдалённых территориях, посёлках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, коэффициента дифференциации, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объёма ее оказания, в том числе за вызов скорой медицинской помощи, и оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также скорой медицинской помощи;

26) фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования ФДПн – размер средств в расчёте на одно застрахованное лицо, прикрепившееся или обслуживаемое медицинской организацией при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рассчитанный на основе подушевого норматива и поправочного коэффициента;

27) фактический размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФРФО_{ФАП}) – дифференцированный для группы (подгруппы) фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным Положением об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утверждённым приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н, размер средств финансового обеспечения в расчёте на один фельдшерский или фельдшерско-акушерский пункт;

28) ДШО – подразделение амбулаторно-поликлинического учреждения или другой медицинской организации, расположенное в образовательной организации;

29) посещение – контакт пациента с врачом и (или) средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный приём, по любому поводу с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи на основании наблюдения за пациентом);

30) профилактическое посещение – случай поликлинического обслуживания, не связанный с заболеванием, в том числе осмотр отдельных контингентов здорового населения (дети первых шести лет жизни, школьники, подростки (юноши и девушки), женщины с нормально протекающей беременностью), а также посещение по поводу проведения прививок в соответствии с Национальным календарём профилактических

прививок и Календарём профилактических прививок по эпидемическим показаниям¹ и иными нормативными документами, осмотр здорового населения;

31) диспансерное посещение – случай поликлинического обслуживания, связанный с диспансерным приёмом здоровых граждан, наблюдением за больными хроническими или отдельными формами острых заболеваний, а также посещения диспансерным контингентом в период ремиссии, в связи с оформлением документов для медико-социальной экспертизы или санаторно-курортного лечения (подлежит учёту в качестве профилактического посещения);

32) патронаж – активное посещение диспансерных больных по инициативе врача (среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный приём), наблюдение на дому беременных и матерей в первое время после родов, наблюдение новорождённых и детей до трёх лет жизни, динамическое наблюдение за контактными лицами в эпидемиологическом очаге (источник инфекции) и т.п. (подлежит учёту в качестве профилактического посещения);

33) консультативное посещение – случай поликлинического обслуживания, выполненный по направлению лечащего врача к врачу-специалисту по поводу уточнения диагноза, обследования, лечения или коррекции всей тактики ведения больного, а также случай дистанционного консультирования врача с применением телемедицинских технологий врачом регионального телемедицинского консультативного центра² (подлежит учёту в качестве профилактического посещения);

34) разовое (однократное) посещение в связи с заболеванием – случай поликлинического обслуживания, связанный с заболеванием, в том числе прерванный в связи с госпитализацией пациента, направлением для продолжения лечения в другую медицинскую организацию, отказом пациента от дальнейшего лечения (подлежит учёту в качестве профилактического посещения);

35) посещение при оказании неотложной помощи – случай оказания медицинской помощи в неотложной форме больным при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи, в том числе на дому и в амбулаторных условиях персоналом больничных подразделений и подразделений скорой медицинской помощи больным при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи, в том числе на дому;

36) посещение, выполненное мобильной медицинской бригадой – случай оказания амбулаторной медицинской помощи мобильной медицинской бригадой жителям населённых пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность с

¹ Национальный календарь профилактических прививок, календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядок проведения профилактических прививок утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2021 № 1122н.

² Перечень региональных телемедицинских консультативных центров Ставропольского края определяется приказом министерства.

учётом климатогеографических условий³ (подлежит учёту в качестве профилактического посещения);

37) прочее посещение – случай поликлинического обслуживания, не связанный с заболеванием и обследованием пациента: посещение для повторной выписки рецепта, закрытия листка нетрудоспособности по уходу за больным и т.п. (подлежит учёту в качестве профилактического посещения);

38) доврачебное посещение – посещение, оказанное средним медицинским персоналом в случаях ведения самостоятельного приёма во врачебном амбулаторно-поликлиническом учреждении, фельдшерско-акушерском пункте, школе, дошкольном учреждении, в том числе посещение по поводу процедур, манипуляций (подлежит учёту в качестве профилактического посещения);

39) посещение по поводу процедур, манипуляций – посещение среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный приём, по поводу процедур или манипуляций, сопровождаемое назначением и (или) выполнением лечения, записями динамического наблюдения, постановкой диагноза и другими записями в медицинской документации на основании наблюдения за пациентом (подлежит учёту в качестве профилактического посещения);

40) посещение в приёмном отделении – случай оказания медицинской помощи в неотложной форме, в том числе с использованием параклинических методов исследования, не завершившийся госпитализацией застрахованного лица в данную медицинскую организацию;

41) условная единица трудоёмкости при оказании стоматологической помощи (далее – УЕТ) – норматив времени, затраченный на оказание стоматологической медицинской помощи (на выполнение объёма работы врача на терапевтическом, хирургическом приёме) и необходимый для лечения среднего кариеса при наложении одной пломбы;

42) обращение – законченный случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе необходимые диагностические и лечебные услуги, приёмы лечащего врача и консультации врачей-специалистов;

43) обращение в связи с заболеванием – законченный случай оказания пациенту амбулаторно-поликлинического учреждения, соответствующего структурного подразделения больничного учреждения или другой медицинской организации, в том числе оказывающего специализированную медицинскую помощь, в связи с заболеванием, включая необходимые диагностические обследования и консультации врачей-специалистов (при оказании медицинской помощи, не требующей экстренных или неотложных мероприятий), в том числе посещение по поводу заболевания пациента на дому врачом или средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный приём, включающий в себя не менее двух посещений по поводу одного заболевания;

³ Перечень населённых пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учётом климатогеографических условий, которым первичная медико-санитарная помощь оказывается мобильными медицинскими бригадами, определяется приказом министерства.

44) комплексное посещение при проведении профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации определённых групп населения – законченный случай оказания пациенту амбулаторной медицинской помощи, включающий объём функциональных, лабораторных исследований и врачебных осмотров, предусмотренных порядком их проведения, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации;

45) комплексное посещение при проведении медицинской реабилитации в амбулаторных условиях – законченный случай оказания пациенту амбулаторной медицинской помощи, включающий объём функциональных, лабораторных исследований и врачебных осмотров, предусмотренных порядками организации медицинской реабилитации для взрослого и детского населения, утверждёнными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788н и от 23.10.2019 № 878н соответственно;

46) внешняя медицинская услуга – дорогостоящая диагностическая и лечебная услуга, оказываемая застрахованным лицам в медицинской организации – исполнителе согласно решению Комиссии и в установленном ею объёме исходя из потребности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь (по направлению врача-специалиста медицинской организации – заказчика) и оплачиваемая согласно настоящему тарифному соглашению;

47) случай госпитализации – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в качестве оформления которого предусмотрено ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объёма медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС;

48) высокотехнологичная медицинская помощь (далее – ВМП) – часть специализированной медицинской помощи, включающая в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники;

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

50) подгруппа в составе КСГ – группа заболеваний, выделенная в составе КСГ с учётом классификационных критериев, установленных настоящим тарифным соглашением, для которой установлен коэффициент относительной затратноёмкости, отличный от коэффициента относительной затратноёмкости КСГ согласно Методических рекомендаций;

51) правила группировки КСГ – правила применения перечня КСГ, которые определены расшифровками КСГ и Методическими рекомендациями;

52) базовая ставка тарифа (базовый тариф) – средний объём финансового обеспечения медицинской помощи в расчёте на одного пролеченного пациента,

определённый исходя из нормативов объёмов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи, установленных Территориальной программой, с учётом других параметров, предусмотренных Методическими рекомендациями (средняя стоимость законченного случая лечения);

53) коэффициент дифференциации (далее – КД) – установленный постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для отдельных территорий, используемый в расчёте тарифов;

54) коэффициент специфики (далее – КСмо) – коэффициент, применяемый к базовому подушевому нормативу финансирования, которым учитываются следующие критерии: плотность населения, транспортная доступность, уровень и структура заболеваемости обслуживаемого населения, климатические и географические особенности регионов, достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Ставропольском крае;

55) коэффициент относительной затратоемкости (далее – КЗ_{КСГ}) – устанавливаемый Методическими рекомендациями коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к среднему объёму финансового обеспечения медицинской помощи в расчёте на одного пролеченного пациента (базовой ставке тарифа);

56) коэффициент дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее – КД_{от}) – коэффициент, применяемый к ПНБАЗ, учитывающий наличие у медицинской организации подразделений, расположенных в сельской местности, отдалённых территориях, посёлках 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);

57) поправочный коэффициент (далее – КПК) – коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня), медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов;

58) коэффициент специфики КСГ (далее – КС_{КСГ}) – коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинко-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учёта региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинко-статистической группе заболеваний;

59) коэффициент уровня медицинской организации (далее – КУСмо) – коэффициент, которым учитывается различие расходов медицинских организаций в зависимости от вида и уровня оказания медицинской помощи с учётом маршрутизации пациентов по каждому профилю медицинской помощи;

60) коэффициент подуровня медицинской организации (далее – КПУ) – коэффициент, которым учитывается различие расходов медицинских организаций, отнесённых к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленных объективными причинами;

61) коэффициент сложности лечения пациента (далее – КСЛП) – коэффициент, применяемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи;

62) коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат (далее – КП) – коэффициент приведения на единицу объёма предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке, исключаяющей влияние применяемых коэффициентов относительной затратноёмкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации) и коэффициента сложности лечения пациентов, принимающий значения не ниже 65% от значения норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования, и не ниже 60% от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневного стационара, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования;

63) вызов скорой медицинской помощи – случай обращения в медицинскую организацию (отделение) скорой медицинской помощи по поводу заболевания, несчастного случая, травмы, отравления или другого состояния, представляющего угрозу жизни пациента, требующего срочного медицинского вмешательства вне медицинской организации, в результате которого пациенту была оказана скорая медицинская помощь выездной бригадой скорой медицинской помощи;

64) ПСМП – подразделение скорой медицинской помощи;

65) медицинская эвакуация – транспортировка граждан в медицинские организации в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорождённых, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий), с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования;

66) региональный сегмент Единого регистра застрахованных лиц (далее – РС ЕРЗ) – форма персонифицированного учёта сведений о застрахованных лицах на территории Ставропольского края, который ведётся фондом и является неотъемлемой частью центрального сегмента Единого регистра застрахованных лиц;

67) единый информационный ресурс Ставропольского края (далее – информационный ресурс) – форма информационного взаимодействия участников ОМС для обеспечения информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями Ставропольского края, реализованная фондом в режиме реального времени.

II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты:

2.1.1. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее – молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углублённой диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учётом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объёма медицинской помощи), установленных в приложении 1 к настоящему тарифному соглашению, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях за единицу объёма медицинской помощи.

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учётом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели установленного объёма профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации. Методика оценки показателей результативности установлена в приложении 1 к настоящему тарифному соглашению.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях (структурные подразделения медицинских организаций), имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по ФДПн, определены в приложении 2 к настоящему тарифному соглашению.

2.1.2. За единицу объёма медицинской помощи (медицинскую услугу):

а) при оплате медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях Ставропольского края лицам, застрахованным за пределами Ставропольского края, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

б) при оплате следующих диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового

исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (методом полимеразной цепной реакции в случае наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), либо наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в том числе для оценки результатов проводимого лечения, либо положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации), а также молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала;

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

г) при оплате углублённой диспансеризации.

Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях (структурные подразделения медицинских организаций) и не имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объёма медицинской помощи, определены в приложении 4 к настоящему тарифному соглашению.

2.1.3. По нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации. Применяется при оплате первичной доврачебной медико-санитарной помощи, включая медицинскую помощь в неотложной форме, оказанной в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах:

соответствующих установлены Министерством здравоохранения Российской Федерации требованиям – в размере финансового обеспечения, предусмотренного Территориальной программой;

иных типов или не соответствующих рекомендуемым Министерством здравоохранения Российской Федерации штатным нормативам – с применением к размеру финансового обеспечения, установленного Территориальной программой, повышающего или понижающего коэффициента согласно настоящему тарифному соглашению.

Фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты, финансовое обеспечение которых осуществляется по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации, определены в приложении 3 к настоящему тарифному соглашению.

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

2.2.1 За случай (законченный случай) лечения заболевания, включённого в соответствующую группу заболеваний, состояний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ));

2.2.2. За прерванный случай оказания медицинской помощи.

Способ оплаты медицинской помощи за прерванный случай её оказания применяется 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 и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объёме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, 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 при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, с оптимальной длительностью лечения до 3-х дней включительно, приведенных в приложении 25 к настоящему тарифному соглашению.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара определён в приложениях 5, 6 к настоящему тарифному соглашению соответственно.

2.3. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

2.3.1. По подушевому нормативу финансирования;

2.3.2. За единицу объёма медицинской помощи (медицинскую услугу) – 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 в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, определён в приложении 7 к настоящему тарифному соглашению.

2.4. Особенности применения способов оплаты медицинской помощи

2.4.1. Особенности применения способов оплаты отдельных случаев оказания медицинской помощи установлены приложением 27 к настоящему тарифному соглашению.

III. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определены в зависимости от формы, вида, и условий оказания медицинской помощи по способам оплаты медицинской помощи, указанным в разделе 2 настоящего тарифного соглашения, в соответствии с Методическими рекомендациями.

3.1.2. Размер тарифа на оплату медицинской помощи определяется дифференцированно с учётом уровня медицинской организации (структурного подразделения). Распределение медицинских организаций (структурных подразделений) по уровням медицинской помощи указано в приложениях 2, 4 – 6 к настоящему тарифному соглашению.

3.1.3. В соответствии с Территориальной программой структура тарифов на оплату медицинской помощи включает в себя расходы в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона:

- расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты;
- расходы на приобретение лекарственных средств, расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов;
- расходы на приобретение продуктов питания;
- расходы на приобретение мягкого инвентаря;
- расходы на приобретение материальных запасов, расходы на организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, расходы на 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.

3.1.4. Значение коэффициента дифференциации установлено в размере 1,003 для всей территории Ставропольского края.

3.1.5. Порядок расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС на территории Ставропольского края приведён в приложении 8 к настоящему тарифному соглашению.

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

3.2.1. По тарифу ФДПн оплачивается оказываемая медицинскими организациями, имеющими прикрепившихся лиц, в амбулаторных условиях первичная медико-санитарная помощь за исключением:

неотложной медицинской помощи, медицинской помощи, оказываемой врачом акушером-гинекологом, врачом травматологом-ортопедом травматологического пункта, стоматологической медицинской помощи;

определённых настоящим тарифным соглашением медицинских услуг, услуг диализа;

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

посещений (в том числе по неотложной медицинской помощи) и обращений к акушерке, фельдшеру и медицинской сестре фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, указанных в приложении 3 к настоящему тарифному соглашению;

исследований и медицинских вмешательств, проводимых в рамках углублённой диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), указанных в таблице 7 приложения 11 настоящего тарифного соглашения;

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

3.2.2. Размер среднего подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях определён на основе нормативов объёмов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования и составляет 5 255,92 рублей. Установленный размер не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой лицам, застрахованным за пределами Ставропольского края.

3.2.3. Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях составляет 123,91 рублей в месяц.

3.2.4. Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, учитывающие:

половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше;

наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдалённых территориях, посёлках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

проведение медицинской организацией профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц;

установлены в приложении 10 к настоящему тарифному соглашению.

3.2.5. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи установлен в приложении 9 к настоящему тарифному соглашению.

3.2.6. ФДПн амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, установлены в приложении 2 к настоящему тарифному соглашению.

3.3. Фактический размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях

3.3.1. Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации установлены в приложении 3 к настоящему тарифному соглашению.

3.3.2. Значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, применяемых к базовым нормативам финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций, установлены в приложении 3 к настоящему тарифному соглашению в разрезе структурных подразделений.

3.3.3. ФРФО_{ФАП} фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, в том числе не соответствующих требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», установлены в приложении 3 к настоящему тарифному соглашению.

3.4. Тарифы на оплату единицы объёма медицинской помощи

3.4.1. Базовый норматив финансовых затрат на оплату посещения с профилактическими и иными целями составляет – 681,84 рублей, обращения – 1 604,60 рублей, посещения по неотложной помощи – 715,84 рублей и обращения по заболеванию по профилю «Медицинская реабилитация» – 18 493,72 рублей.

Базовые нормативы финансовых затрат на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп населения установлены в приложении 11 к настоящему тарифному соглашению.

Базовые нормативы финансовых затрат на оплату отдельных диагностических исследований установлены в приложении 12 к настоящему тарифному соглашению.

Базовый норматив финансовых затрат на оплату посещения с иными целями установлен в приложении 13 к настоящему тарифному соглашению.

3.4.2. К базовому нормативу финансовых затрат на оплату посещения, обращения, посещения по неотложной помощи применяются коэффициенты, установленные в приложении 13 к настоящему тарифному соглашению.

К базовым нормативам финансовых затрат на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп населения применяются коэффициенты, установленные приложением 11 к настоящему тарифному соглашению.

К базовым нормативам финансовых затрат на оплату отдельных диагностических исследований применяются коэффициенты, установленные в приложении 12 к настоящему тарифному соглашению.

3.4.3. Базовые тарифы, применяемые для оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, установлены в следующих приложениях к настоящему тарифному соглашению:

1) на оплату посещения, обращения, посещения по неотложной помощи приведены в приложении 13;

2) посещений центров здоровья приведены в приложении 14;

3) законченных случаев проведения диспансеризации и профилактических осмотров для отдельных категорий граждан в том числе в рамках углубленной диспансеризации в приложении 11;

4) медицинских услуг, не включённых в тариф посещения и обращения, которые приведены в приложении 12.

3.4.4. К базовым тарифам на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, применяются КУСмо, которые приведены в таблице 1 настоящего тарифного соглашения, за исключением тарифов комплексного посещения диспансеризации и профилактического осмотра, тарифов исследований и медицинских вмешательств, включённых в углублённую диспансеризацию граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), тарифов медицинских услуг, тарифов центров здоровья.

Таблица 1

Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи (КУСмо), применяемые медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях

№ стр.	Уровень оказания медицинской помощи	КУСмо
1.	1 уровень	0,95
2.	2 уровень	1,10

3.5. Тарифы на оплату дистанционного консультирования с использованием телемедицинских технологий

По тарифу посещения оплачиваются случаи дистанционного консультирования с использованием телемедицинских технологий, проводимые в региональных телемедицинских консультативных центрах по перечню, утверждённому приказом министерства здравоохранения Ставропольского края от 05.06.2020 № 01-05/522 «О некоторых мерах по реализации на территории Ставропольского края приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

Оплате как посещения в случае отражения итогов консультирования в информационном ресурсе подлежат следующие формы дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой:

дистанционное консультирование в режиме реального времени;
дистанционное консультирование в режиме отсроченной консультации;
дистанционное консультирование с участием нескольких специалистов (консилиум);

дистанционное консультирование с предоставлением заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования 1 группы (ультразвуковая, эндоскопическая, функциональная, патологоанатомическое исследование);

дистанционное консультирование с предоставлением заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования 2 группы (рентгенодиагностика, КТ, МРТ, ПЭТ, радионуклидная диагностика).

Дистанционное консультирование с участием нескольких специалистов (консилиум) оплачивается по установленному тарифу посещения вне зависимости от режима его проведения.

Дистанционный консилиум способом применения телемедицинских технологий с привлечением одного специалиста – участника консилиума подлежит оплате по тарифу дистанционного консультирования в режиме реального времени или в режиме отсроченной консультации (исходя из режима выполненной консультации).

Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях включается в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи, с установлением отдельных тарифов на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий для медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения, а также для межучрежденческих и межтерриториальных расчётов, в том числе для референс-центров.

В стационарных условиях и в условиях дневного стационара медицинская помощь с применением телемедицинских технологий включается в стоимость законченного случая лечения, рассчитанного на основе КСГ.

Тарифы на телемедицинские услуги приведены в приложении 13 к настоящему тарифному соглашению.

3.6. Тарифы на оплату стоматологической помощи

3.6.1. Базовый тариф на оплату стоматологической помощи случая оказания помощи взрослому населению составляет 183,04 рублей, детскому населению - 221,52 рублей.

3.6.2. Тарифы на оплату стоматологической лечебно-диагностической услуги установлены в таблице 1 приложения 15 к настоящему тарифному соглашению и применяются с учетом таблиц 2 – 5 приложения 15 настоящего тарифного соглашения.

3.6.3. К тарифам на оплату стоматологической лечебно-диагностической услуги не применяются установленные настоящим тарифным соглашением КУСмо.

3.7. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) и в условиях дневного стационара

3.7.1. Значения средних нормативов финансовых затрат, КП и базовых ставок законченного случая оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара (рассчитанных с учетом КД), приведены в таблице 2 настоящего тарифного соглашения.

Таблица 2

Значения средних нормативов финансовых затрат, КП, базовых ставок оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара

№ стр.	Наименование показателя	Значения показателей в разрезе условий оказания медицинской помощи	
		В стационарных условиях	в условиях дневного стационара
	1	2	3
1.	Средний норматив финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи (НФЗ), рублей	37 426,44	23 262,28
2.	Коэффициент приведения НФЗ к базовой ставке (КП)	0,65	0,60
3.	Базовая ставка при оказании медицинской помощи без учёта КД, рублей	24 254,42	13 915,62
4.	Базовая ставка с учётом КД, рублей	24 327,19	13 957,37
5.	Средняя стоимость законченного случая лечения, включённого в КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение» (в соответствии с НФЗ на 1 случай проведения полного цикла экстракорпорального оплодотворения, установленному территориальной программой		125 102,69

Перечень КСГ, коэффициенты затратоёмкости КСГ приведены в приложениях 16 и 17 к настоящему тарифному соглашению.

3.7.2. В составе следующих КСГ выделены подгруппы с учётом нижеуказанных квалификационных критериев:

КСГ «Лечение новорождённых с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций» – в зависимости от средней длительности лечения пациентов.

3.7.3. Коэффициенты специфики, коэффициенты подуровня оказания медицинской помощи, тарифы КСГ с учётом коэффициентов подуровня установлены в приложениях 16 и 17 к настоящему тарифному соглашению.

3.7.4. Тарифы КСГ, установленные для оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и условиях дневного стационара, за исключением КСГ, перечисленных в таблице 2 настоящего тарифного соглашения, определяются на основании базовой ставки, КД, КЗ_{КСГ}, КС_{КСГ}, КУСмо и КСЛП и приведены в таблице 1 приложения 16 и таблице 1 приложения 17 к настоящему тарифному соглашению.

Тарифы КСГ, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов (Дзп), определяются на основании базовой ставки, КЗ_{КСГ}, с учётом применения КД, КС_{КСГ}, КУСмо только к доле заработной платы и прочих расходов, и приведены в таблице 2 приложения 16 и таблице 2 приложения 17 к настоящему тарифному соглашению.

3.7.5. КСЛП устанавливается к тарифам КСГ исходя из базовой ставки, КД и установленного значения КСЛП и учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях.

3.7.6 Перечень, значения и основания применения КСЛП приведены в таблицах 1 – 11 приложения 26 к настоящему тарифному соглашению.

3.7.7. Перечень и величины КУСмо, применяемых медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в рамках базовой программы ОМС, приведены в таблице 3 настоящего тарифного соглашения.

Таблица 3

**Перечень и величины КУСмо,
применяемых медицинскими организациями, оказывающими
медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях
дневного стационара**

№ стр.	Уровень медицинской организации	Значение КУСмо в стационарных условиях	Значение КУСмо в условиях дневного стационара
1.	1 уровень	0,86	0,89
2.	2 уровень	1,0	1,056

3.	3 уровень	1,25	-
----	-----------	------	---

Величина КУСмо является средней расчётной величиной и при оплате медицинской помощи к тарифам не применяется. К тарифам на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (за исключением перечня КСГ согласно приложению 32 к настоящему тарифному соглашению), применяются установленные настоящим тарифным соглашением КПУ.

Величины КПУ, применяемые к тарифам на оплату оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара медицинской помощи, установлены в приложении 5 и 6 к настоящему тарифному соглашению.

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях КПУ третьего уровня применяются медицинскими организациями, оказывающими ВМП, к тарифам КСГ, выполняемым ими на койках профиля, соответствующего профилю оказываемой ВМП, а к тарифам иных КСГ – КПУ второго уровня согласно приложению 5 к настоящему тарифному соглашению.

3.8. Тарифы на оплату ВМП

Нормативы финансовых затрат на единицу объёма предоставления ВМП соответствуют нормативам финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи, предусмотренным Территориальной программой, и установлены в приложении 18 к настоящему тарифному соглашению.

Доля заработной платы в структуре затрат на оказание ВМП установлена в приложении 18 к настоящему тарифному соглашению.

К нормативу финансовых затрат на единицу объёма предоставления ВМП поправочные коэффициенты оплаты не применяются.

3.9. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи

3.9.1. Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования определен на основе нормативов объёмов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи, установленных территориальной программой и составляет 819,15 рублей. Установленный размер не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой лицам, застрахованным за пределами Ставропольского края.

ФДПн скорой медицинской помощи включает расходы на оплату скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой в экстренной и неотложной формах, за исключением расходов на оплату:

вызова скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии;

вызова врачебной специализированной реанимационной бригады, в том числе при медицинской эвакуации.

Базовый норматив финансирования скорой медицинской помощи составляет 66,06 рубля в месяц.

3.9.2. Коэффициенты специфики оказания скорой медицинской помощи, коэффициенты уровня установлены в приложении 19 к настоящему тарифному соглашению.

3.9.3. ФДПн скорой медицинской помощи для медицинских организаций установлены в приложении 19 к настоящему тарифному соглашению.

3.9.4. Базовый норматив финансовых затрат на оплату вызова скорой медицинской помощи составляет 7 551,39 рублей.

3.9.5. Коэффициенты, применяемые к базовому нормативу финансовых затрат на оплату вызова скорой медицинской помощи для определения стоимости каждой единицы объёма, установлены в приложении 20 к настоящему тарифному соглашению.

3.9.6. Тарифы вызова на оплату скорой медицинской помощи, в том числе в связи с проведением тромболитической терапии пациентов, вызова врачебной специализированной реанимационной бригады, в том числе при медицинской эвакуации, установлены в приложении 20 к настоящему тарифному соглашению.

По тарифу вызова скорой медицинской помощи не оплачивается медицинская помощь, оказанная неидентифицированным (в том числе неопознанным) или не застрахованным по ОМС пациентам, вызовы в связи с заболеваниями не предусмотренными территориальной программой ОМС, дежурства выездных бригад скорой медицинской помощи на массовых мероприятиях и при чрезвычайных ситуациях, безрезультатные (кроме вызовов для констатации смерти в нерабочие часы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях) вызовы, а также транспортировка пациентов выездными бригадами скорой медицинской помощи, не являющаяся медицинской эвакуацией.

3.10. Тарифы на оплату услуг диализа с учетом применения различных методов оказания медицинской помощи

3.10.1. Базовые тарифы на оплату услуг диализа составляют:

гемодиализа – 5 512,82 рублей;

перитонеального диализа – 4 817,88 рублей.

Тарифы на оплату услуг диализа с учётом применения различных методов оказания медицинской помощи установлены в приложении 21 к настоящему тарифному соглашению.

3.10.2. К тарифам на оплату услуг диализа с учётом применения различных методов оказания медицинской помощи поправочные коэффициенты не применяются.

3.11. Тарифы на оплату медицинской помощи, предоставляемой согласно сверхбазовой программе ОМС

3.11.1. Обращение, оплачиваемое согласно сверхбазовой программе ОМС – оказание в Центре охраны здоровья семьи и репродукции амбулаторно-поликлинической специализированной медицинской помощи с использованием современных медицинских технологий (за исключением методов вспомогательной репродукции) пациентам с нарушениями репродуктивного здоровья (различные формы бесплодия, невынашивания беременности), нуждающимся в сохранении и восстановлении анатомофункционального состояния репродуктивной системы, имеющим генетически детерминированные нарушения репродукции и состояния, приводящие к репродуктивным потерям, а также беременным женщинам с гематологическими нарушениями, включающей необходимые диагностические обследования и консультации врачей специалистов. При этом обращение включает не менее двух приёмов лечащего врача по поводу одного заболевания.

3.11.2. Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях, предоставляемая согласно сверхбазовой программе ОМС в Центре охраны здоровья семьи и репродукции включает мероприятия, которые определены приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», от 15.11.2012 № 930н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гематология», в том числе следующие мероприятия:

оказание консультативно-диагностической, лечебной и реабилитационной помощи пациентам с нарушениями репродуктивного здоровья (различные формы бесплодия, невынашивания беременности) с использованием современных профилактических и лечебно-диагностических технологий;

применение современных методов профилактики абортот и подготовки к беременности и родам;

сохранение и восстановление репродуктивной функции с использованием современных медицинских технологий;

оказание медицинской помощи беременным женщинам с заболеваниями крови, кроветворных органов, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей;

оказание психотерапевтической помощи семье на основе индивидуального подхода с учётом особенностей личности.

Тарифы на оплату первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в связи со страховым случаем, установленным в дополнение к базовой программе ОМС, приведены в приложении 22 настоящего тарифного соглашения.

К тарифам на оплату медицинской помощи, оказанной в связи со страховым случаем, установленным в дополнение к базовой программе ОМС, КПК не применяются.

IV. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

4.1. Порядок применения неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

4.1.1. Неоплата или неполная оплата затрат на оказание медицинской помощи по ОМС по предъявленным к оплате тарифам, санкции к медицинской организации за нарушения, выявленные в ходе контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС применяется страховой организацией и фондом согласно Порядку контроля и настоящему тарифному соглашению.

4.1.2. Экспертиза качества медицинской помощи по ОМС проводится экспертами качества медицинской помощи, включёнными в единый реестр экспертов качества медицинской помощи на основе критериев оценки качества медицинской помощи, утверждённых приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 года № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разрабатываемых и утверждаемых медицинскими профессиональными некоммерческими организациями в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.1.3. Медицинская организация обжалует заключение страховой организации по результатам контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в соответствии с Порядком контроля.

4.2. Перечень и размеры санкций, применяемых к медицинской организации за нарушение обязательств при оказании медицинской помощи

За нарушение обязательств при оказании медицинской помощи по ОМС к медицинским организациям применяются санкции, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, и их величины согласно приложению 28 к настоящему тарифному соглашению.

V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Срок действия и правила разъяснения тарифного соглашения

5.1.1. Тарифное соглашение вступает в силу с даты подписания уполномоченными представителями сторон, но не ранее вступления в силу Территориальной программы и распространяется на отношения в сфере ОМС на территории Ставропольского края с 1 января 2022 года за исключением отдельных положений, в том числе последующих изменений, для которых установлен иной срок вступления в силу.

Настоящее тарифное соглашение в пятидневный срок после дня его заключения направляется председателем Комиссии в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования для подготовки заключения о соответствии тарифного соглашения базовой программе ОМС.

5.1.2. Настоящее тарифное соглашение действует один финансовый год и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной на территории Ставропольского края, в течение 2022 года.

5.1.3. В части, не отраженной в настоящем тарифном соглашении, порядок и условия применения тарифов, установленных настоящим тарифным соглашением, разъясняют совместно министерство и фонд.

5.2. Правила определения состава уполномоченных представителей сторон и ратификации тарифного соглашения

5.2.1. Состав уполномоченных представителей сторон настоящего тарифного соглашения, участвующих в подписании настоящего тарифного соглашения, из числа членов Комиссии определяется в соответствии с Федеральным законом.

В случае включения в состав Комиссии представителя организации, представитель которой не участвовал в настоящем тарифном соглашении, уполномоченный представитель этой организации подписывает соглашение о ратификации настоящего тарифного соглашения, которое удостоверяется министерством и фондом. Соглашение о ратификации настоящего тарифного соглашения является его неотъемлемой частью.

5.2.2. В случае прекращения членства в составе Комиссии всех представителей организации, являвшейся уполномоченным представителем при подписании настоящего тарифного соглашения, уполномоченный представитель соответствующей организации не участвует в настоящем тарифном соглашении с даты исключения из состава Комиссии последнего из членов, являвшегося представителем данной организации.

5.3. Порядок предоставления информации Комиссии и проведения ее заседаний

5.3.1. Порядок предоставления информации членам Комиссии, а также методические указания о предоставлении информации и документов на рассмотрение Комиссии, в том числе правила и сроки обращения медицинских и страховых медицинских организаций, определяются решением Комиссии.

Информационное взаимодействие участников ОМС при формировании и изменении показателей объёмов предоставления медицинской помощи осуществляется в едином информационном ресурсе, организованном фондом.

5.3.2. Заседания Комиссии проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в месяц.

На очередном заседании Комиссии подлежат рассмотрению обращения медицинских и страховых медицинских организаций, поступившие секретарю Комиссии не позднее чем за 15 рабочих дней до назначенного председателем Комиссии дня ее заседания.

5.4. Порядок изменения тарифного соглашения

5.4.1. Настоящее тарифное соглашение может быть пересмотрено по основаниям, определенным Требованиями, полностью или в части по инициативе не менее одной трети членов Комиссии, а также в связи с заключением Федерального фонда обязательного медицинского страхования о несоответствии настоящего тарифного соглашения базовой программе ОМС.

Инициаторы внесения изменений или дополнений в настоящее тарифное соглашение – члены Комиссии не позднее чем за 15 рабочих дней до предлагаемого срока внесения изменений направляют мотивированное предложение секретарю Комиссии, который обеспечивает его направление иным членам Комиссии либо оглашают свои предложения на заседании Комиссии с предоставлением членам Комиссии проекта изменений.

Порядок и сроки рассмотрения заключения Федерального фонда обязательного медицинского страхования и принятия по нему решений определяет председатель Комиссии согласно срокам, установленным Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Рассмотрение предложений о внесении изменений в настоящее тарифное соглашение организует председатель Комиссии.

5.4.2. Изменения в настоящее тарифное соглашение оформляются протоколом Комиссии и подписываются уполномоченными представителями организаций, представленных в составе Комиссии и участвовавших в настоящем тарифном соглашении либо ратифицировавших настоящее тарифное соглашение.

5.4.3. Изменения в настоящее тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение финансового года, возможны при наличии источника финансового обеспечения затрат.

5.5. Правила индексации тарифов

5.5.1. Базовые тарифы могут индексироваться способом их изменения или введения соответствующих коэффициентов. При изменении базовых ставок тарифа

или установлении коэффициентов индексации, базовые тарифы изменяются или применяются с соответствующим коэффициентом с даты их введения.

5.6. Порядок урегулирования разногласий

5.6.1. В случае возникновения разногласий по применению настоящего тарифного соглашения любой участник ОМС вправе обратиться в министерство и фонд для разъяснений. Указанные разъяснения подлежат опубликованию на официальных сайтах министерства и фонда в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» в срок не позднее 14 календарных дней со дня их издания.

Изданными министерством и фондом разъяснениями настоящего тарифного соглашения участники ОМС руководствуются при проведении переговоров и разрешении возникших разногласий.

5.6.2. При не урегулировании участниками ОМС на территории Ставропольского края разногласий в процессе переговоров споры разрешаются в Арбитражном суде Ставропольского края.

5.7. Порядок расчетов при превышении медицинской организацией объемов медицинской помощи

5.7.1. Медицинская помощь, оказываемая за счёт средств ОМС, предъявляется к оплате и оплачивается страховыми организациями (фондом, в случае прекращения (расторжения) в установленном порядке договора о финансовом обеспечении ОМС) в соответствии с Федеральным законом, Правилами, заключенными договорами в пределах объёмов медицинской помощи по ОМС, установленных Комиссией.

5.7.2. При превышении объёмов медицинской помощи по ОМС медицинской организацией и страховой организацией или фондом составляется реестр актов медико-экономического контроля в соответствии с Порядком контроля, который приобщается к акту сверки расчётов.

5.7.3. Комиссией может быть принято решение об увеличении установленных медицинской организации объёмов медицинской помощи по ОМС при наличии подтвержденного документами обоснования медицинской организацией превышения установленных объёмов медицинской помощи по ОМС, фактически подтверждённой потребности в финансовом обеспечении затрат на оказание медицинской помощи по ОМС, а также резервов объёмов медицинской помощи по ОМС согласно определенным территориальной программой ОМС нормативам оказания застрахованным лицам медицинской помощи на территории Ставропольского края, и финансовых средств на её оказание.

5.8. Правила оформления, опубликования и хранения тарифного соглашения

5.8.1. Настоящее тарифное соглашение составлено в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр тарифного соглашения хранится в министерстве, второй – в фонде.

5.8.2. Тарифное соглашение включает приложения, перечисленные в таблице 4 настоящего тарифного соглашения.

Таблица 4

**Реестр
приложений к настоящему тарифному соглашению**

№ стр.	Номер	Наименование приложения
	1	2
1.	1	Порядок применения показателей результативности деятельности медицинских организаций на территории Ставропольского края
2.	2	Перечень медицинских организаций, распределённых по уровням, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях которых осуществляется по ФДПн
3.	3	Перечень фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов медицинских организаций, финансовое обеспечение которых осуществляется по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации
4.	4	Перечень медицинских организаций, распределённых по уровням, не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях которых осуществляется за единицу объёма медицинской помощи
5.	5	Перечень медицинских организаций, распределённых по уровням (подуровням), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях
6.	6	Перечень медицинских организаций, распределённых по уровням (подуровням), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара
7.	7	Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь
8.	8	Порядок расчёта тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Ставропольского края

9.	9	Коэффициент уровня оказания медицинской помощи, включающий объём средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации)
10.	10	Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций, имеющих прикреплённое население
11.	11	Тарифы законченных случаев проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации определённых групп населения
12.	12	Тарифы медицинских услуг, не включённых в тариф посещения, обращения при оказании амбулаторно-поликлинической помощи
13.	13	Тарифы на оплату первичной врачебной и доврачебной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи
14.	14	Тарифы, применяемые для оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях центрами здоровья
15.	15	Тарифы на оплату стоматологической лечебно-диагностической услуги
16.	16	Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой за счёт средств ОМС в стационарных условиях
17.	17	Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой за счёт средств ОМС в условиях дневного стационара
18.	18	Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой за счёт средств ОМС в стационарных условиях
19.	19	Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на одно застрахованное лицо
20.	20	Тарифы вызова на оплату скорой медицинской помощи
21.	21	Тарифы на оплату услуг диализа
22.	22	Тарифы на оплату первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по страховым случаям, установленным в дополнение к базовой программе ОМС

23.	23	Перечень медицинских услуг, для предъявления к оплате случаев оказания медицинской помощи по тарифу КСГ «Родоразрешение»
24.	24	Перечень МКБ 10, при которых выставление случаев на оплату по двум КСГ возможно в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее двух дней
25.	25	Перечень КСГ, оплата случаев оказания медицинской помощи относимых к которым осуществляется по тарифу КСГ независимо от фактического пребывания пациента в стационарных условиях и условиях дневного стационара
26.	26	Основания применения КСЛП к тарифам КСГ на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях
27.	27	Особенности применения способов оплаты отдельных случаев оказания медицинской помощи
28.	28	Перечень санкции, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества
29.	29	Перечень КСГ, оплата случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара предполагают хирургическое вмешательство либо выполнение тромболитической терапии
30.	30	Перечень комбинаций терапевтических и хирургических КСГ, при которых правило предъявления случая оказания медицинской помощи по тарифу КСГ большей стоимости не применяется
31.	31	Перечень КСГ, по которым оплата случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей в стационарных условиях и условиях дневного стационара
32.	32	Перечень КСГ, при формировании стоимости случая лечения в условиях дневного стационара, по которым применяется КПУ равный 1

5.8.3. Изменения к настоящему тарифному соглашению принимаются решением Комиссии, подписываются представителями сторон и составляются в двух

идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр изменений хранится в министерстве, второй – в фонде.

5.8.4. Настоящее тарифное соглашение и изменения к нему подлежат хранению по правилам организации государственного архивного фонда.

5.8.5. Настоящее тарифное соглашение и изменения к нему подлежат опубликованию на официальных сайтах министерства и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ставропольского края в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» в срок не позднее 14 календарных дней со дня их принятия.

ПОДПИСИ УПОЛНОМОЧЕННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СТОРОН:

Министр здравоохранения
Ставропольского края

_____ В.Н. Колесников
« ____ » _____ 2022 года

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Ставропольского края

_____ С.П. Трошин
« ____ » _____ 2022 года

Заместитель директора
Ставропольского филиала АО
«Страховая компания «СОГАЗ-
Мед»

_____ А.О. Макоева
« ____ » _____ 2022 года

Президент
общественной организации
«Врачи Ставропольского края»

_____ М.А. Земцов
« ____ » _____ 2022 года

Заместитель директора по
экономическим вопросам филиала
ООО «СК «Ингосстрах-М»
в г. Ставрополе

_____ Ю.А. Терещенко
« ____ » _____ 2022 года

Председатель Ставропольской
краевой организации профсоюза
работников здравоохранения
Российской Федерации

_____ А.И. Кривко
« ____ » _____ 2022 года