

# ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

## о реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Байконур на 2022 год

г. Байконур

« 24 » 01 2022 г.

### І. Общие положения

1. Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования города Байконур (далее – Тарифное соглашение) разработано в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 г. № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2020 г. № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения», письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 января 2022 г. № 11-7/И/2-275 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022-2024 годы», проектом «Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», постановлением Главы администрации города Байконур от 21 января 2022 г. № 25 «Об утверждении Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Байконур на 2022 год», на основании постановления Главы администрации города Байконур от 16 ноября 2011 г. № 165 (с изменениями) «О Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования жителей города Байконур».

2. Предметом настоящего Тарифного соглашения является установление:

- порядка и способов оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования, применяемых на территории города Байконур;
- размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи, входящей в территориальную программу обязательного медицинского страхования (далее – Территориальная программа ОМС) и порядка их применения;
- оснований для отказа в оплате (уменьшения оплаты) медицинской помощи и перечня штрафов за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

3. Настоящее Тарифное соглашение заключено между представителями Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования города Байконур (далее – Стороны):

- Администрацией города Байконур в лице заместителя Главы администрации Адасева Николая Петровича;
- Отделом здравоохранения города Байконур в лице начальника отдела Квач Жанны Викторовны;
- Территориальным фондом обязательного медицинского страхования города Байконур в лице директора Воскобойник Натальи Викторовны;
- Страховой медицинской организацией АО Страховая компания «СОГАЗ-Мед» в лице директора Байконурского филиала АО «СК «СОГАЗ-Мед» Избаевой Жанаркуль Нуралиевны;
- Общественной организацией «Первичная профсоюзная организация комплекса «Байконур» Общественной организации «Общероссийский профессиональный союз работников общего машиностроения» в лице председателя Соболевой Надежды Павловны.

4. В рамках настоящего Тарифного соглашения используются следующие сокращения:

ОМС - обязательное медицинское страхование.

Программа ОМС - Территориальная программа обязательного медицинского страхования, утверждаемая в составе Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи жителям города Байконур.

Тарифное соглашение – Тарифное соглашение о реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования города Байконур на 2022 год.

Правила – Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные Приказом Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 108н (в действующей редакции).

ТФОМС – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Байконур.

Комиссия - Комиссия по разработке Территориальной программы.

МО – медицинская организация.

СМО – страховая медицинская организация.

КПГ – клинико-профильная группа.

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (Десятый пересмотр).

УЕТ – условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи.

5. В рамках настоящего Тарифного соглашения используются следующие определения:

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

**Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ)** – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по

используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

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

**Оплата медицинской помощи по КСГ (КПГ)** – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратноемкости и поправочных коэффициентов.

**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 территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных настоящим Тарифным соглашением (средняя стоимость законченного случая лечения).

**Коэффициент относительной затратноемкости** – устанавливаемый методическими рекомендациями коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

**Поправочные коэффициенты** – устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов.

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

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

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

**Коэффициент дифференциации** – устанавливаемый на федеральном уровне, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для города Байконур, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

**Оплата медицинской помощи за услугу** – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ (КПГ) в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных настоящими рекомендациями.

**Законченный случай лечения в стационаре (дневном стационаре)** – совокупность медицинских услуг, оказанных пациенту от даты поступления до даты выписки, в соответствии с порядками и/или на основе стандартов оказания медицинской помощи с целью профилактики, медицинской реабилитации, диагностики и лечения заболеваний (в том числе выполнение хирургических операций) и состояний (включая беременность, роды и послеродовый период).

**Законченный случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях** – совокупность посещений и медицинских услуг, предоставляемых пациенту при его обращении в медицинскую организацию, при котором цель обращения за медицинской помощью достигнута.

**Прерванный случай оказания медицинской помощи** – случай оказания медицинской помощи в условиях стационара и/или дневного стационара при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, детальном исходе, при проведении диагностических исследований, оказаний услуг диализа.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

**Прикрепленные застрахованные** - застрахованные лица, включенные в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц, прикрепленные к МО для получения первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, с учетом положений статьи 21 Федерального закона № 323-ФЗ.

**Тарифы на оплату медицинской помощи** - система ставок, определяющих размер оплаты за единицу объема медицинской помощи (посещение, комплексное посещение, обращение, услуга, законченный случай лечения, вызов скорой медицинской помощи), на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к медицинской организации застрахованных лиц, и состав компенсируемых расходов МО по оказанию медицинской помощи, предусмотренной территориальной программой ОМС.

**Установленный объем медицинской помощи** – годовой объем медицинской помощи по условиям ее оказания, выраженный в единицах объема (посещение, комплексное посещение, обращение, услуга, законченный случай лечения, вызов скорой медицинской помощи).

6. Источником финансового обеспечения тарифов на медицинскую помощь являются средства, утвержденные постановлением Главы администрации города Байконур от 08.12.2021 № 611 «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования города Байконур на 2022 год».

7. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС рассматриваются Комиссией, устанавливаются настоящим Тарифным соглашением и являются его

неотъемлемой частью. Для поддержания системы ОМС в состоянии финансового равновесия, при изменении соотношения доходной и расходной части бюджета ТФОМС, может производиться изменение размера действующих подушевых нормативов финансирования и тарифов.

8. Формирование тарифов, включая их размер и структуру, осуществляется по условиям оказания медицинской помощи, в соответствии со способами оплаты и средними нормативами финансовых затрат, установленными Программой ОМС.

9. Тарифы рассчитываются в соответствии с методикой расчета, установленной Правилами, на основе стандартов и порядков оказания медицинской помощи.

10. Тарифы на оплату медицинской помощи, применяются медицинскими организациями для расчетов за медицинскую помощь, оказанную в соответствии с Территориальной программой ОМС застрахованным лицам на территории города Байконур, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями лицам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации.

11. Оплата медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях города Байконур лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации (далее – межтерриториальные расчеты), осуществляется ТФОМС за счет средств нормированного страхового запаса в соответствии с настоящим Тарифным соглашением в объеме, установленном базовой программой ОМС.

12. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, производится в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи, в пределах объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии по условиям ее оказания и распределенных между МО и СМО, с учетом результатов контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи. Оплата объемов медицинской помощи медицинским организациям, сверх утвержденных Комиссией на соответствующий период, осуществляется СМО по решению Комиссии, принятому в связи с обоснованным обращением медицинской организации, направленным в соответствии с п. 157 Правил ОМС.

13. При необходимости Комиссией производится обоснованная корректировка объемов медицинской помощи. Предложения по внесению изменений в плановое задание рассматриваются Комиссией не реже одного раза в квартал.

14. Оплата медицинской помощи осуществляется СМО (ТФОМС) на основании предъявленных медицинской организацией счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи (далее – реестры) по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. При формировании счетов, реестров счетов за оказанную медицинскую помощь применяются тарифы, действующие на дату завершения случая лечения, указанную в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации.

15. Оплата медицинской помощи производится СМО в соответствии с условиями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. СМО оплачивает реестры из целевых средств на оплату медицинской помощи, полученных от ТФОМС по заявке. При недостатке у СМО целевых средств на оплату медицинской помощи, полученных по заявкам,

средства предоставляются из нормированного страхового запаса ТФОМС в соответствии с порядком, установленным Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

16. Тарифное соглашение распространяется на всех участников системы ОМС при выполнении Территориальной программы ОМС.

## **II. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории города Байконур**

Способы оплаты медицинской помощи установлены Территориальной программой ОМС на 2022 год применительно к условиям оказания медицинской помощи:

1. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, применяется способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации 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, обращений по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов.

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

Оплата обращений по заболеванию при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «Медицинская реабилитация» осуществляется за единицу объема.

2. Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи

2.1. при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и 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, обращений по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

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

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

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

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

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

углубленной диспансеризации;

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

за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе 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 № 16 к настоящему Тарифному соглашению;

2.1.3. 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, согласно Приложению №16 к настоящему Тарифному соглашению;

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

по подушевому нормативу финансирования;

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

2.2. Граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно Приложению № 5 к настоящему Тарифному соглашению.

Углубленная диспансеризация также может быть проведена по инициативе гражданина, в отношении которого отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

2.3. Вне зависимости от применяемого способа оплаты при формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи отражаются все единицы объема с указанием размера установленных тарифов.

2.4. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, и применяемых способов оплаты медицинской помощи установлен в Приложении № 1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.5. Порядок формирования и оплаты случаев оказания медицинской

помощи установлен в приложении 2 к настоящему Тарифному соглашению.

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

#### **3.1. Структура тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию**

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

3.1.2. При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи применен коэффициент дифференциации – 1,28.

3.1.3. В размере и структуре тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается коэффициент 2-го уровня оказания медицинской помощи для медицинской организации, среднее значение коэффициента уровня медицинской организации составляет 1,05.

3.1.4. При планировании объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, из общего объема средств, рассчитанного исходя из нормативов территориальной программы обязательного медицинского страхования бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, исключаются средства, предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов.

3.1.5. В части расходов на заработную плату тарифы на оплату медицинской помощи включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

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

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

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

- врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

3.1.6. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы ОМС, включают расходы на:

- а) заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты;

- б) приобретение лекарственных средств, расходных материалов, медицинского инструментария, мягкого инвентаря, 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), приобретение продуктов питания или организации питания при

отсутствии организованного питания в медицинской организации (далее - расходы на медикаменты, мягкий инвентарь и продукты питания);

в) 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.

3.1.7. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС включают расходы медицинских организаций, связанные с оказанием медицинской помощи по территориальной программе ОМС.

Расходы медицинских организаций, связанные с обеспечением функционирования служб, подразделений и специалистов, деятельность которых не включена в территориальную программу ОМС, финансируются за счет средств бюджетов всех уровней или других источников.

3.1.8. Включение в тариф расходов на медикаменты, перевязочные средства и медицинский инструментарий осуществляется в соответствии с действующими нормативными документами, в том числе Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, применяемых, при оказании медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС.

3.1.9. Структура тарифа в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования предусматривает оплату диагностических и (или) консультативных услуг, в том числе проведение физиотерапевтического лечения, лечебный массаж, лечебную физкультуру, проведение рентгенологических, ультразвуковых, эндоскопических, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, и прочих диагностических исследований.

3.1.10. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации 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) включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, а также специализированную медицинскую помощь в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – случай госпитализации, за исключением:

а) расходов на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний, патологоанатомического исследования

биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

б) углубленной диспансеризации;

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

г) расходов на оплату гемодиализа;

д) расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

3.1.11. Размер базовой ставки устанавливается на год. Корректировка базовой ставки возможна в случае значительных отклонений фактических значений от расчетных не чаще одного раза в квартал.

3.1.12. В структуру тарифа не включаются и не подлежат оплате за счет средств ОМС расходы медицинских организаций:

а) не связанные с деятельностью по Территориальной программе ОМС, в том числе расходы по содержанию имущества, сдаваемого в аренду и (или) используемого в коммерческой деятельности;

б) на проведение капитального ремонта нефинансовых средств (в том числе зданий и сооружений, приобретение материалов для проведения капитального ремонта и оплата труда работников, задействованных в проведении капитального ремонта, составление и экспертиза проектно-сметной документации, капитальный ремонт оборудования, автомобилей и т.д.);

в) расходы на оплату получения высшего и /или среднеспециального образования, обучение в ординатуре, интернатуре;

г) на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу;

д) на возмещение расходов по видам медицинской помощи, не включенным в Территориальную программу ОМС;

е) расходы на приобретение иммунобиологических препаратов, используемых при проведении профилактических прививок в рамках Национального календаря прививок и профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

3.1.13. Нецелевым использованием средств ОМС является направление медицинской организацией средств ОМС на цели, полностью или частично не соответствующие целям, установленным настоящим Тарифным соглашением.

3.1.14. Использование средств ОМС медицинскими организациями на финансирование медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС, на возмещение затрат, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, является нецелевым и подлежит восстановлению в доход бюджета ТФОМС в соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ.

3.1.15. Медицинские организации ведут отдельный учет использования лекарственных препаратов и расходных материалов, а также иных расходов при оказании медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, платных медицинских услуг, за счет средств бюджетов всех уровней или других источников.

### 3.2. Средний размер финансового обеспечения

Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), на 1 застрахованное лицо в год составляет – 15 197,15 рублей.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой по всем видам и условиям оказания медицинской помощи установлены:

- ноль - один год мужчины/женщины - 0,01/0,01;
- один год – четыре года мужчины/женщины – 0,05/0,05;
- пять лет – семнадцать лет мужчины/женщины – 0,09/0,22;
- восемнадцать лет – шестьдесят четыре года мужчины – 0,78;
- восемнадцать лет – шестьдесят четыре года женщины – 0,71;
- шестьдесят пять лет и старше мужчины – 1,6;
- шестьдесят пять лет и старше женщины – 1,6.

3.2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС города Байконур в амбулаторных условиях, на 1 застрахованное лицо составляет – 4 227,04 рублей.

3.2.1.1. Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, используемый для расчета коэффициента приведения в амбулаторных условиях составляет 5 410,60 рублей в год.

3.2.1.2. Значение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования исключая влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи (включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров и 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, коэффициента дифференциации, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, оказываемой в фельдшерских, фельдшерских-акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях, составляет – 0,78.

3.2.1.3. Базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, при оплате отдельных диагностических исследований, составляет:

- компьютерной томографии – 3 253,76 руб.;
- ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 629,89 руб.;
- эндоскопического диагностического исследования – 1 181,82 руб.;

- патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2 587,26 руб.;

- тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 768,64 руб.

3.2.1.4. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

а) за посещение с иными целями (Приложение № 3);

б) диспансеризация определенных групп взрослого населения по I этапу (Приложение № 4);

в) диспансеризация определенных групп взрослого населения по II этапу (Приложение № 6);

г) углубленная диспансеризация (Приложение № 5);

д) профилактические медицинские осмотры взрослого населения (Приложение № 7);

е) диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью по I этапу в соответствии (Приложение № 8);

ж) диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (Приложение № 9);

з) профилактические осмотры несовершеннолетних по I этапу (Приложение № 10);

и) в неотложной форме, оказываемой в амбулаторных условиях (Приложение № 11);

к) за обращение по поводу заболевания (законченный случай) (Приложение № 12);

л) за УЕТ при оказании стоматологической помощи (Приложение № 13).

м) за услугу на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (Приложение № 14).

3.2.1.5. Установленное среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях приведено в Приложение № 23.

3.2.2. Средний размер (базовый подушевой норматив) финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС города Байконур, в стационарных условиях, на 1 застрахованное лицо в год составляет – 7 030,44 рублей.

3.2.2.1. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в клинко-профильную группу (КПГ) в условиях круглосуточного стационара (базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи) составляет – 43 083,24 рублей (без учета коэффициента дифференциации – 33 658,78 рубля).

3.2.2.2. Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке – 0,9 от значения норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях.

3.2.2.3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

- за законченный случай лечения заболевания, входящего в соответствующую КПП (Приложение № 15);
- оплата прерванных случаев лечения, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения приведена в Приложении № 16;
- оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи приведены в Приложении № 2.

3.2.2.4. Поправочные коэффициенты:

- коэффициенты относительной затратно-емкости КПП и управленческие коэффициенты по КПП в стационарных условиях приведены в Приложении № 17;
- коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП), приведены в Приложении № 18;
- оплата случаев оказания медицинской помощи с применением КСЛП приведены в Приложении № 2.

3.2.3. Средний размер (базовый подушевой норматив) финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программе ОМС города Байконур в условиях дневного стационара, на 1 застрахованное лицо в год составляет – 1 765,93 рублей.

3.2.3.1. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в клинко-профильную группу (КПП) в условиях дневного стационара (базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи) составляет- 22 067,19 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 17 239,99 рублей).

3.2.3.2. Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке – 0,74 от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневного стационара.

3.2.3.3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за законченный случай лечения заболевания, входящего в соответствующую клинко-профильную группу заболеваний (Приложение № 19);
- оплата прерванных случаев лечения для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения приведена в Приложении № 16;
- оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи приведены в Приложении № 2.

3.2.3.4. Поправочные коэффициенты оплаты:

- управленческие коэффициенты по КПП;
- коэффициенты относительной затратно-емкости КПП в условиях дневного стационара приведены в Приложении № 20.

3.2.3.5. Тариф стоимости услуги гемодиализа (одного сеанса) (Приложение № 21).

3.2.4. Средний размер подушевого норматива финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС города Байконур в расчете на 1 застрахованное лицо в год, составляет – 987,86 руб.

3.2.4.1. Размер базового норматива финансирования скорой медицинской

помощи на 1 застрахованное лицо составляет 1 264,46 руб. в год.

3.2.4.2. Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, составляет – 0,78.

3.2.4.3. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи за вызов (при осуществлении межтерриториальных расчетов), приведены в Приложении № 22.

3.3. «Оказание и оплата медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» на территории города Байконур не осуществляется.

3.4. «Оказание и оплата медицинской помощи с применением мобильных медицинских комплексов» на территории города Байконур не осуществляется.

3.5. «Оказание и оплата медицинской помощи в фельдшерско-акушерских пунктах» на территории города Байконур не осуществляется.

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

4.1. ТФОМС и СМО в соответствии с пунктом 8 части 7 статьи 34 и пунктом 2 части 3 статьи 39 Федерального закона № 326 – ФЗ осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой МО в рамках территориальной программы ОМС.

4.2. Порядок проведения контроля установлен приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

4.3. Размер средств, подлежащих удержанию с медицинских организаций по результатам контрольно-экспертных мероприятий, определяется СМО и ТФОМС в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате (уменьшения оплаты) медицинской помощи и перечнем коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты, штрафов за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, установленных в Приложении № 24 к настоящему Тарифному соглашению.

#### **V. Заключительные положения**

5.1. Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания представителями Сторон, распространяется на правоотношения, возникшие с 01 января 2022 года и применяется при расчетах за случаи оказания медицинской помощи, завершённые после 01 января 2022 года, в том числе начатые ранее.

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

5.3. Все приложения к Тарифному соглашению являются неотъемлемой частью.

5.4. В настоящее Тарифное соглашение могут быть внесены изменения и

дополнения, согласованные Сторонами (при наличии решения Комиссии). Изменения и дополнения оформляются в письменной форме Дополнительным соглашением и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения. При наличии у Стороны предложений о внесении изменений в Тарифное соглашение, она направляет свои предложения в адрес председателя Комиссии.

5.5. Тарифное соглашение действует до принятия нового Тарифного соглашения.

**ПОДПИСИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СТОРОН,  
УЧАСТВУЮЩИХ В ТАРИФНОМ СОГЛАШЕНИИ:**

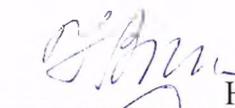
От администрации  
города Байконур

  
Н.П. Адасев

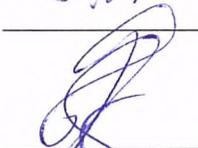
От Отдела здравоохранения  
Города Байконур

  
Ж.В. Квач

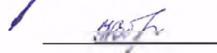
От Территориального фонда обязательного  
медицинского страхования  
города Байконур

  
Н.В. Воскобойник

От Страховой медицинской организации  
АО «СК «СОГАЗ-Мед»

  
Ж.Н. Избаева

От профсоюзной организации  
комплекса «Байконур»

  
Н.П. Соболева

**Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, и применяемых способов оплаты медицинской помощи в рамках реализации Программы ОМС на 2022 год**

№ п/п	Наименование медицинской организации*	Стационарная медицинская помощь	Медицинская помощь в условиях дневных стационаров	Медицинская помощь в амбулаторных условиях	Скорая медицинская помощь
<p><i>по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), за исключением отдельных диагностических (лабораторных) исследований, углубленной диспансеризации, обращений по профилю "медицинская реабилитация", услуг гемодиализа</i></p>					
1	Федеральное Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения "Центральная медико-санитарная часть № 1 Федерального медико-биологического агентства России" (ФГБУЗ ЦМСЧ №1 ФМБА России)	+	+	+	+
<p><i>за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате: отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)</i></p>					
2	Общество с ограниченной ответственностью "Научно-производственная фирма "Хеликс"	-	-	+	-

\* знак отличия об участии в сфере обязательного медицинского страхования

## **Порядок формирования и оплаты случаев оказания медицинской помощи**

В соответствии с частью 6 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ, пунктом 121 Правил ОМС оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией счетов, реестров счетов за оказанную медицинскую помощь в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования жителей города Байконур, по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным настоящим Тарифным соглашением.

Медицинская организация несет ответственность перед СМО и ТФОМС за достоверность предъявленных к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь и сведений представленных в реестрах счетов пролеченных больных, в соответствии с Правилами ОМС, Порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н.

Медицинская организация, имеющая прикрепленное население, несет ответственность за своевременное предоставление медицинской помощи застрахованным гражданам, прикрепленным на медицинское обслуживание.

Взимание платы с граждан за расходные материалы, мягкий инвентарь и медицинский инструментарий, другие изделия медицинского назначения, используемые при оказании медицинской помощи при заболеваниях и состояниях, входящих в Программу ОМС, не допускается.

### **1. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи)**

Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) осуществляется по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи, за исключением средств на оплату:

- обращений в связи с проведением отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний, патологоанатомического биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой

лекарственной терапии; тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»;

- услуг гемодиализа.

Методика определения показателей результативности представлена в разделе 4 настоящего Порядка формирования и оплаты случаев оказания медицинской помощи.

Подушевой норматив для определения объемов финансовых средств для оплаты медицинской помощи рассчитывается на 1 застрахованное лицо, прикрепленное к соответствующей медицинской организации в пределах средств, определенных Программой ОМС на 2022 год и осуществляется ТФОМС города Байконур, исходя из численности застрахованных граждан.

Оплата медицинской помощи по видам, не включенным в подушевой норматив, производится за единицу объема медицинской помощи по тарифу, установленным Тарифным соглашением.

Численность и половозрастной состав застрахованного населения для расчета подушевых нормативов для оплаты медицинской помощи принимается в соответствии с актом сверки численности застрахованного населения между МО и СМО по состоянию на 1 число месяца.

МО, имеющая прикрепленных лиц, организует и планирует свою деятельность в соответствии с объемами медицинской помощи, установленными Комиссией, в разрезе видов и целей посещения.

При формировании счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой по всем видам оказания медицинской помощи вне зависимости от применения способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

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

## **2. Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи**

**2.1. Оплата в амбулаторных условиях** за единицу объема медицинской помощи осуществляется в соответствии с утвержденными тарифами:

2.1.1. За посещение:

за единицу объема медицинской помощи, оказываемой с профилактической и иными целями:

1) комплексные посещения для прохождения профилактических медицинских осмотров (включая 1-е посещение в году для проведения диспансерного наблюдения) в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, приведены в Приложениях № 7, № 10 к настоящему Тарифному соглашению;

2) комплексные посещения для прохождения диспансеризации (1 этап) за законченный случай приведены в Приложениях № 4, № 8, № 9 к настоящему Тарифному соглашению;

3) комплексные посещения для прохождения углубленной диспансеризации (1 этап, 2 этап) приведены в Приложении № 5 к настоящему Тарифному соглашению;

4) посещения по неотложной медицинской помощи, тарифы приведены в Приложение № 11 к настоящему Тарифному соглашению;

5) посещения с иной целью (не связанные с возникновением внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний или иной патологии) приведены в Приложении № 3 к настоящему Тарифному соглашению, в том числе включают:

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

- посещения для проведения 2 этапа диспансеризации (Приложение № 6 к настоящему Тарифному соглашению),

- разовые посещения в связи с заболеваниями, для получения направления на консультацию (в том числе однократное посещение врача терапевта-участкового, врача педиатра-участкового, для получения направления к врачам специалистам), госпитализацию, получение справок, в том числе рецептов, оформление санаторно-курортной карты и других медицинских документов;

- посещения с другими целями (патронаж, выдача справок и иных медицинских документов, включая консультации врачей-специалистов (не связанное с оказанием неотложной медицинской помощи);

- случаи однократного консультирования и оказания медицинской помощи при количестве посещений не более 1, не связанные с оказанием неотложной медицинской помощи.

В случае продолжения лечения, при кратности посещения 1 раз - случай подается на оплату как разовое посещение по поводу заболевания по соответствующему тарифу к врачу – специалисту. В случае продолжения лечения, при кратности 2-х и более подается на оплату по тарифу обращения по заболеванию (законченный случай).

Одно посещение по заболеванию не может считаться обращением по заболеванию. Разовые посещения в связи с заболеванием включаются в реестр счетов по тарифу «посещение с иной целью».

В случаях, если по итогам посещения с иной целью выявлено наличие заболевания, состояния требующего медицинского вмешательства (при необходимости повторного посещения), оба случая оформляются как обращение по поводу заболевания, при этом посещение с иной целью к оплате не предъявляется.

В амбулаторных условиях в тариф посещения и в подушевой норматив финансирования в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс при лечении основного и/или сопутствующего заболевания, включены расходы на оплату лабораторных и диагностических услуг, проведение операций (манипуляций), физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж, лечебную физкультуру, услуги процедурного кабинета, проведение рентгенологических, и прочих диагностических исследований. Лекарственное обеспечение при амбулаторно-поликлиническом лечении осуществляется за счет средств пациента.

Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели установленного объема профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, проводимых в

соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации:

- от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (с изменениями) (далее - № 404н Порядок);

- от 10 сентября 2017 г. № 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних"(далее – № 514н Порядок);

- от 15 февраля 2013 г. № 72н "О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации"

- от 11 апреля 2013 № 216н "Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью"(далее – № 216н Порядка).

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

Профилактический медицинский осмотр, первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, первый этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних предъявляются к оплате после завершения комплекса работ.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации взрослого населения считаются выполненными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови, в соответствии с приложением 2 к № 404н Порядка.

При предъявлении к оплате I этапа диспансеризации, профилактический медицинский осмотр, проведенный в рамках диспансеризации, отдельно к оплате не предъявляется. Медицинские услуги профилактического медицинского осмотра входят в законченный случай I этапа диспансеризации, сформированный с учетом настоящего порядка.

Годом прохождения диспансеризации считается календарный год, в котором гражданин достигает соответствующего возраста.

Оплата первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации) осуществляется с учетом проведения в рамках диспансерного наблюдения профилактического медицинского осмотра лица, находящегося под диспансерным наблюдением в соответствии с порядком, утвержденным приказом Минздрава России

от 29 марта 2019 г. № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

При выявлении у взрослого населения в процессе проведения профилактических мероприятий медицинских показаний к проведению исследований и осмотров, не входящих в утвержденные перечни осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в рамках I и II этапов диспансеризации и профилактического осмотра в определенные возрастные периоды, назначаются и выполняются гражданину с учетом положений порядков оказания медицинской помощи по профилю выявленного или предполагаемого заболевания (состояния) и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации и оплачиваются по тарифам посещения/обращения и включены в подушевой норматив финансирования.

Оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи дополнительно к подушевому нормативу финансирования по тарифам, установленным Приложением № 5 к настоящему Тарифному соглашению.

Оплата углубленной диспансеризации за комплексное посещение возможна в случае выполнения всех исследований и медицинских вмешательств, учитываемых при расчете стоимости комплексного посещения. В случае, если отдельные исследования и медицинские вмешательства, учитываемые при расчете стоимости комплексного посещения углубленной диспансеризации, не были выполнены, оплата такого случая не осуществляется.

Медицинские организации организуют прохождение углубленной диспансеризации гражданином исходя из выполнения всех исследований и иных медицинских вмешательств первого этапа углубленной диспансеризации в соответствии с Приложением № 5 в течение одного дня.

Профилактический осмотр несовершеннолетних является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, включенных в Перечень исследований (I этап).

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в Перечень исследований (I этап), и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций профилактический осмотр является завершенным в случае проведения дополнительных консультаций, исследований, и (или) получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций (II этап). Общая продолжительность I этапа профилактического осмотра должна составлять не более 20 рабочих дней, а при назначении дополнительных консультаций, исследований и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций общая продолжительность профилактического осмотра должна составлять не более 45 рабочих дней (I и II этапы).

Случай диспансеризации детей-сирот и медицинских осмотров несовершеннолетних считается законченным (I этап) при условии проведения осмотра врачом-психиатром. При этом в структуру тарифа за счет средств обязательного медицинского страхования расходы на проведение осмотра врачом-психиатром не включаются. Данный вид расходов оплачивается в рамках государственного задания в соответствии с Федеральным Законом от 08 мая 2010 г. № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской

Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» (с изменениями).

Оплата диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью осуществляется в порядке, установленном для диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагностика которого не входит в Перечень исследований пациент направляется на второй этап, оплата которого осуществляется по тарифам посещения/обращения и включены в подушевой норматив финансирования.

2.1.2. При оплате стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, единицей объема считается посещение, а также обращение по поводу заболевания, стоимость которых рассчитывается с учетом содержащихся в них количества УЕТ. При оказании стоматологической помощи необходимо соблюдать принцип максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение согласно Приложению № 13 к настоящему Тарифному соглашению.

Классификатор основных медицинских услуг по оказанию стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) представлен в Приложении № 23 к настоящему Тарифному соглашению).

Не подлежат оплате за счет средств ОМС:

- ортопедическая помощь населению;
- ортодонтическая помощь взрослому населению;
- ортодонтическая помощь детскому населению с использованием брекет-систем;
- имплантология;
- консультации, рентгенографическое обследование, лабораторные исследования и т.д., по направлениям медицинских организаций (частнопрактикующих врачей), не функционирующих в сфере ОМС.

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

2.1.3. За обращение по поводу заболевания – за законченный случай, согласно Приложению № 12 к Тарифному соглашению).

Обращение по поводу заболевания считается законченным случаем лечения заболевания в амбулаторных условиях - оказание первичной доврачебной помощи (оказываемой зубными врачами), врачебной медико-санитарной, а также первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи.

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 с завершением

результатом лечения, не требующего дальнейшего обращения по тому же поводу (за исключением стоматологии).

Вне зависимости от количества посещений пациента и объема диагностических исследований является оказание медицинской помощи при острых и хронических заболеваниях, травмах, требующих длительного и непрерывного (более 1 месяца) лечения от момента обращения пациента до получения результата. В этих случаях каждый месяц лечения является законченным случаем оказания медицинской помощи и подлежит оплате по тарифу обращения по соответствующей специальности.

В связи с проведением отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетического исследования и патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирование застрахованных лиц в амбулаторных условиях с целью выявления новой коронавирусной инфекции (COVID-19), обусловленного заболеваемостью населения установлены тарифы согласно Приложению № 14 к Тарифному соглашению).

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетического исследования и патологоанатомического биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции COVID-19 осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний.

Проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) осуществляется 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);
- наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в том числе для оценки результатов проводимого лечения;
- положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации).

Ежедневно врачу представляются сведения о возможных объемах отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетического исследования и патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Страховые медицинские организации принимают к оплате отдельные диагностические услуги при наличии направления на исследования от врача,

оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, и которого пациент выбрал в порядке прикрепления. Оплата отдельных диагностических услуг осуществляется в пределах объемов, установленных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

2.1.4. Посещение в неотложной форме (Приложение № 11 к настоящему Тарифному соглашению).

Посещения в связи с оказанием неотложной помощи в рамках базовой программы ОМС - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях и иных состояниях, обострениях хронических заболеваний без явных признаков угрозы для жизни пациента, которая включает проведение лечебных мероприятий в соответствующем структурном подразделении медицинской организации или вне медицинской организации.

Посещения, в том числе на дому, с целью оказания неотложной помощи подлежат 100% оплате.

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

Медицинская организация ведет отдельный учет посещений с профилактической целью (посещение центра здоровья, в связи с диспансеризацией определенных групп населения, диспансерным наблюдением, профилактическим медицинским осмотром), посещений с иными целями, неотложной медицинской помощи, обращений по поводу заболеваний и обращений по поводу заболеваний включая отдельные диагностические исследования.

Учет обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» по форме, согласно приложению 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению», (далее-Талон).

При формировании реестра счета, код врачебной специальности и тариф законченного случая должен соответствовать специальности врача, закрывшего Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Код заболевания по МКБ-10 устанавливается по основному (уточненному) заболеванию.

## **2.2. Оплата медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара:**

- за законченный случай лечения заболевания, входящего в соответствующую клинико-профильную группу заболеваний (Приложение № 15);

- 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 которых 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-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в Приложении № 16 к настоящему Тарифному соглашению.

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

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – от 80 до 90% от стоимости КПП;
- при длительности лечения более 3-х дней – от 80 до 100% от стоимости КПП.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – от 20 до 50% от стоимости КПП;
- при длительности лечения более 3-х дней – от 50 до 80% от стоимости КПП.

По прерванным случаям проводится медико-экономическая экспертиза, при необходимости экспертиза качества медицинской помощи в соответствии с Перечнем к Порядку.

При расчете тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, применены коэффициенты управления по КПП, коэффициенты относительной затратноности на основе КПП (Приложение № 17).

Коэффициенты сложности лечения пациента (далее - КСЛП) могут применяться в условиях круглосуточного стационара к отдельным случаям. Решение о применении КСЛП принимается лечащим врачом с указанием основания для применения КСЛП в медицинской карте стационарного больного в выписном эпикризе. КСЛП установлены в соответствии с проектом Методических рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования и приведены в Приложении № 18.

Наличие у пациентов тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента, влечет установление КСЛП. К таким сопутствующим заболеваниям и осложнениям заболеваний целесообразно относить:

- Сахарный диабет типа 1 и 2;
- Заболевания, включенные в Перечень редких (орфанных) заболеваний, размещенный на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации<sup>2</sup>;
- 
- Рассеянный склероз (G35);
- Хронический лимфоцитарный лейкоз (C91.1);
- Состояния после трансплантации органов и (или) тканей (Z94.0; Z94.1; Z94.4; Z94.8);
- Детский церебральный паралич (G80);

- ВИЧ/СПИД, стадии 4Б и 4В, взрослые (В20 - В24);
- Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции, дети (Z20.6).

Перечень сочетанных (симультанных) хирургических вмешательств, выполняемых во время одной госпитализации, представлен в Приложении № 18.1.

В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП. Расчеты суммарного значения КСЛП (КСЛП<sub>сумм</sub>) при наличии нескольких критериев выполняются по формуле:

$$\text{КСЛП}_{\text{СУММ}} = \text{КСЛП}_1 + (\text{КСЛП}_2 - 1) + (\text{КСЛП}_N - 1)$$

При расчете окончательной стоимости случая лечения в целях применения КСЛП учитывается возраст пациента на дату начала госпитализации.

Обоснованность предъявления на оплату и формирования стоимости случая медицинской помощи с КСЛП подлежит обязательному экспертному контролю СМО, в том числе оценивается обоснованность применения коэффициентов.

Подушевой норматив и тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, включают затраты за счет средств ОМС в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с требованиями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по оказанию медицинской помощи при лечении основного заболевания и сопутствующего, влияющего на течение основного и (или) требующего постоянной поддерживающей терапии (расходы профильного отделения, приемного отделения, консультации специалистов, оперативные пособия, в том числе выполненные малоинвазивными и эндоскопическими методами, все виды анестезий, включая наркоз, реанимацию и интенсивную терапию, лабораторные, рентгенологические исследования, другие диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж и лечебную физкультуру).

Специализированная медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара в плановой форме оказывается застрахованному лицу по направлению на оказание специализированной медицинской помощи, выданному лечащим врачом медицинской организации (структурным подразделением медицинской организации), к которой гражданин прикреплен для получения первичной медико-санитарной помощи, при этом включенным в реализацию Территориальной программы на текущий календарный год, в медицинскую организацию (структурное подразделение), выбранную гражданином из числа медицинских организаций, также включенную в реализацию Территориальной программы.

Компенсация затрат медицинских организаций на предоставление медицинской помощи застрахованному лицу в связи с причинением вреда здоровью вследствие тяжелого несчастного случая на производстве осуществляется из средств Фонда социального страхования Российской Федерации и не входит в Территориальную программу ОМС.

В условиях круглосуточного и дневного стационаров осуществляется обеспечение граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, необходимых для оказания стационарной медицинской помощи, медицинской помощи в дневных стационарах, а также скорой и неотложной медицинской помощи.

### **2.3. Оплата медицинской помощи в условиях дневного стационара:**

- за 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 которых медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме, 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, приведенных в Приложении № 16 к настоящему Тарифному соглашению.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – от 80 до 90% от стоимости КППГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – от 80 до 100% от стоимости КППГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – от 20 до 50% от стоимости КППГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – от 50 до 80% от стоимости КППГ.

По прерванным случаям проводится медико-экономическая экспертиза, при необходимости экспертиза качества медицинской помощи в соответствии с Перечнем к Порядку.

В условиях дневного стационара медицинская помощь оказывается в случаях:

- необходимости проведения комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий гражданам, входящим в группы риска повышенной заболеваемости, в том числе профессиональной, а также длительно и часто болеющим;

- проведения гражданам сложных и комплексных диагностических исследований, и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий;

- подбора адекватной терапии при впервые установленном диагнозе заболевания или для профилактики обострения хронического заболевания;

- осуществления реабилитационного комплексного курсового лечения.

Специализированная медицинская помощь оказывается в условиях дневного стационара врачами-специалистами по профилю заболевания пациента и включает диагностику, лечение заболеваний, требующих специальных методов диагностики и использования сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Специализированная медицинская помощь в условиях дневного стационара в плановой форме оказывается застрахованному лицу по направлению на оказание специализированной медицинской помощи, выданному лечащим врачом медицинской организации (структурным подразделением медицинской организации), к которой гражданин прикреплен для получения первичной медико-санитарной помощи, при этом включённого в реализацию Территориальной программы, в медицинскую организацию (структурное подразделение медицинской организации), выбранную гражданином из числа медицинских организаций, также включенных в реализацию Территориальной программы.

Застрахованному лицу для оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара лечащим врачом медицинской организации (структурным подразделением медицинской организации), лечащим врачом оформляется направление на госпитализацию на бланке медицинской организации в соответствии пункта 20 Приказа МЗ РФ от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.»

В период лечения, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами и расходными материалами, в том числе для профилактики осложнений, при этом проезд пациентов до места оказания медицинских услуг не включен в тариф на оплату медицинской помощи.

При расчете тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, применены коэффициенты управления по КПП, коэффициенты относительной затратоемкости на основе КПП (Приложение № 20).

Оплата гемодиализа осуществляется за услугу (сеанс) и оплачивается в рамках законченного случая лечения заболевания. Учитывая единственный, законодательно установленный, способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара – случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество услуг в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения. Базовый тариф на оплату услуги гемодиализа установлен в Приложении № 21.

#### **2.4. Оплата скорой медицинской помощи:**

- оплата скорой медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией города Байконур лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, производится по тарифу стоимости одного вызова скорой медицинской помощи в Приложении № 22.

Безрезультатный выезд к оплате не предоставляется и не оплачивается, так как его стоимость включена в структуру тарифа на оплату скорой медицинской помощи.

В реестры счетов на оплату скорой медицинской помощи в обязательном порядке включаются все единицы объема оказанной скорой медицинской помощи по установленным тарифам.

### **3. Особенности оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях**

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

Случаи лечения, прерванные по причине неявки пациента на прием в

назначенную дату представляются к оплате в реестре с результатом обращения - «Лечение прервано по инициативе пациента».

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

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

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

Не подлежат оплате за счет средств ОМС:

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

- консультации и экспертизы, проводимые врачебными комиссиями;
- работа комиссии при военкоматах;
- повторное обращение пациента в течение одного дня к врачу одной специальности в одной и той же медицинской организации, за исключением случаев оказания неотложной медицинской помощи и медицинской помощи с применением телемедицинских технологий;

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

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

- медицинское освидетельствование граждан в целях определения годности к военной службе;

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

Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), осуществляется при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации.

#### **4. Порядок осуществления оценки результативности деятельности медицинской организации**

Для оценки показателей результативности деятельности медицинской организации, финансируемой по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям медицинской помощи, применяется «Перечень показателей результативности деятельности МО, имеющей прикрепившихся лиц, оплата МП в которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности МО, включая показатели объемов МП, их целевые значения и порядок применения», Приложение № 25.

Оценка результативности деятельности медицинской организации осуществляется ТФОМС.

Процедура проведения оценки результативности проводится ежемесячно и заключается в:

- расчете уровня выполнения показателей результативности деятельности;
- определении суммарного количества баллов.

В соответствии с Приложением № 25 к Тарифному соглашению для расчета используются фактические выполненные объемы оказанной медицинской помощи за текущий месяц, а в качестве плановых показателей принимается равная часть от годового значения, установленных Комиссией объемов оказания медицинской помощи на текущий год. Расчет производится нарастающим итогом. Расчет показателей результативности деятельности МО за месяц январь не производится.

На основе результатов оценки деятельности МО определяется суммарное количество баллов, далее производится соответствующая корректировка финансирования в соответствии с Приложение № 25 к настоящему Тарифному соглашению.

ТФОМС ежемесячно размещает на официальном сайте результаты расчета показателей результативности деятельности.

Ежемесячно, в срок до 15 числа месяца, следующего за отчетным, ТФОМС представляет в СМО результаты, по оценке деятельности медицинской организации. СМО учитывает результаты и производит расчет объема окончательного финансирования с учетом показателей результативности, согласно форме, представленной в Приложении № 26 к настоящему Тарифному соглашению.

## **5. Оплата медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами города Байконур**

Оплата медицинской помощи, оказанной на территории города Байконур гражданам, застрахованным СМО за пределами города Байконур, осуществляется в соответствии с разделом X Правил ОМС.

Оплата счетов медицинской организации осуществляется за счет средств нормированного страхового запаса ТФОМС.

Оплата первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, в медицинских организациях, работающих в сфере ОМС на территории города Байконур, осуществляется:

а) при оплате амбулаторно-поликлинической помощи по тарифам на медицинскую услугу, обращениям по поводу заболевания, за посещение по неотложной помощи, за посещение с профилактической и иными целями (Приложение № 3, № 11, № 12, № 13, № 14);

б) при оплате скорой медицинской помощи по тарифам на вызов СМП (Приложение № 22);

Оплата первичной медико-санитарной, осуществляется по тарифам, действующим на момент оказания медицинской помощи, и в соответствии с условиями Тарифного соглашения.

Не подлежит оплате за счет средств ОМС медицинская помощь, оказанная гражданам, застрахованным СМО за пределами территории города Байконур:

а) медицинская помощь, оказанная непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве и вследствие профессиональных заболеваний, оплаченных Фондом социального страхования;

б) обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические (в течение трудовой деятельности) медицинские осмотры;

в) медицинские осмотры, проводимые в административных целях (согласно МКБ-10), за исключением:

– осмотров, проводимых при поступлении в дошкольные учреждения и учебные заведения (код медицинского осмотра по МКБ-10 Z02.0),

– получение медицинских свидетельств о причине смерти, нетрудоспособности (код медицинского осмотра по МКБ-10 Z02.7),

– осмотров врачами и диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей, в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования (код медицинского осмотра по МКБ-10 Z02.8 в части «обследований при усыновлении»);

– проведения обязательных диагностических исследований и оказание медицинской помощи по поводу заболеваний и состояний, при постановке граждан на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении договора об обучении на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки офицеров запаса, программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования;

г) медицинская помощь, оказываемая при заболеваниях, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения;

Медицинские услуги:

- диспансеризация определенных групп взрослого населения;

- диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

- диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

- профилактические медицинские осмотры детского и взрослого населения;

- медицинское обследование детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

- услуги, оказанные в профилактических целях (в том числе вакцинация, посещения центров здоровья);

предоставляются гражданам, застрахованным за пределами города Байконур, только при наличии заявления о выборе медицинской организации, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 года № 1342н «Об

утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта РФ, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи».

#### **6. Оплата медицинской помощи, оказанной гражданам города Байконур на территории других субъектов Российской Федерации**

В соответствии с разделом X «Порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования» Правил ОМС, ТФОМС принимает от территориальных фондов ОМС по месту оказания медицинской помощи гражданам, застрахованным СМО на территории города Байконур, счета и реестры счетов за оказанную им медицинскую помощь медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере ОМС на территории соответствующих субъектов Российской Федерации.

Оплата предъявленных территориальными фондами ОМС по месту оказания медицинской помощи за пределами города Байконур счетов и реестров счетов осуществляется за счет средств нормированного страхового запаса ТФОМС.

Приложение № 3  
к Тарифному соглашению на 2022 год

Тарифы на оплату медицинской помощи с иными целями, оказываемой в  
амбулаторных условиях по посещениям

Специальности	Тариф, руб.	
	взрослые	дети
Педиатрия	-	554,35
Терапия	367,59	-
Эндокринология	756,24	756,24
Неврология	436,09	436,09
Хирургия	391,61	391,61
Травматолог-ортопед	-	391,61
Урология	316,88	316,88
Онкология	391,61	-
Акушерство-гинекология	513,14	513,14
Отоларингология	305,19	305,19
Офтальмология	261,62	261,62
Дерматология	315,77	315,77

---

Приложение № 4  
к Тарифному соглашению на 2022 год

Тарифы при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения по I этапу в определенные возрастные периоды (по приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации № 404н от 27.04.2021 г.)

Пол	Возраст	Стоимость комплексного посещения, руб.
м	18, 21, 24, 27, 30, 33, 36, 39	1 330,90
м	41, 43, 47, 49, 51, 53, 57, 59, 61, 63, 76-99	2 931,24
м	40, 42, 44-46, 48, 50, 52, 54-56, 58, 60, 62, 64-75	3 190,81
Пол	Возраст	Стоимость комплексного посещения, руб.
ж	18, 21, 24, 27, 30, 33, 36, 39	2 931,24
ж	41, 43, 45, 47, 49, 51, 53, 55, 57, 59, 61, 63, 76-99	3 732,30
ж	40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64-75	4 792,92

Приложение № 5  
к Тарифному соглашению на 2022 год

Тарифы на оплату исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) (по приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации № 404н от 27.04.2021 г.)

Способ оплаты	Исследования и медицинские вмешательства, включенные в углубленную диспансеризацию	Тариф, руб. (с учетом коэффициента дифференциации 1,28)
комплексное посещение	<b>Итого</b>	<b>1 302,40</b>
<b>Первый этап углубленной диспансеризации</b>		
комплексное посещение	в том числе:	
	измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое	25,92
	проведение спирометрии или спирографии	134,01
	общий (клинический) анализ крови развернутый	96,25
	биохимический анализ крови (включая исследования уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови)	528,51
за единицу объема оказания медицинской помощи	проведение теста с 6 минутной ходьбой	64,86
за единицу объема оказания медицинской помощи	определение концентрации Д-димера в крови (у граждан, перенесших среднюю степень тяжести и выше новой коронавирусной инфекции (COVID-19))	452,85
<b>Второй этап углубленной диспансеризации</b>		
за единицу объема оказания медицинской помощи	проведение эхокардиографии (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой)	1 859,59
за единицу объема оказания медицинской помощи	проведение компьютерной томографии легких (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой)	1 448,45
за единицу объема оказания медицинской помощи	проведение дуплексного сканирования вен нижних конечностей (при наличии показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови)	1 549,57

Приложение № 6  
к Тарифному соглашению на 2022 год

Тарифы и перечень врачей-специалистов, при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения по II этапу, проводимой у женщин, с учетом дифференциации по полу и возрасту в определенные возрастные периоды (по приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации № 404н от 27.04.2021 г.)

Стоимость 1 посещения (разового) к врачу-специалисту при прохождении II этапа диспансеризации - женщины;	Возраст пациента (с учетом разбивки на определенные возрастные периоды):				
	18 - 75	18 - 99	40 - 75	40 лет и старше	65 лет и старше
врача- невролога		436,09			
врача- хирурга (или врача-проктолога)			391,61		
врача- гинеколога	513,14				
врача- оториноларинголога					305,19
врача- офтальмолога				261,62	
врача- терапевта	367,59	367,59	367,59	367,59	367,59

Тарифы и перечень врачей-специалистов, при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения по II этапу, проводимой у мужчин, с учетом дифференциации по полу и возрасту в определенные возрастные периоды (по приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации № 404н от 27.04.2021 г.)

Стоимость 1 посещения (разового) к врачу-специалисту при прохождении II этапа диспансеризации - мужчины;	Возраст пациента (с учетом разбивки на определенные возрастные периоды):				
	18 - 99	40 - 75	40 лет и старше	45, 50, 55, 60, 64	65 лет и старше
врача- невролога	436,09				
врача- хирурга		391,61			
врача- уролога				316,88	
врача- оториноларинголога					305,19
врача- офтальмолога			261,62		
врача- терапевта	367,59	367,59	367,59	367,59	367,59

Приложение № 7  
к Тарифному соглашению на 2022 год

Тарифы при проведении профилактического медицинского осмотра взрослого населения в определенные возрастные периоды (по приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации № 404н от 27.04.2021 г.)

Возраст	Стоимость комплексного посещения, руб.	
	мужчины	женщины
18 - 39	789,23	1489,01
40 - 64	2027,78	2027,78
65 - 99	1620,86	1620,86

---

Приложение № 8  
к Тарифному соглашению на 2022 год

Тарифы законченного случая при проведении диспансеризации  
детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе  
усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство),  
в приемную или патронатную семью по I этапу  
(по приказу Минздрава России № 216н от 11.04.2013)

Пол	Возраст:					
	от 0 до 2 лет	от 3 до 4 лет	от 5 до 6 лет	от 7 до 13 лет	14 лет	от 15 до 17 лет
1	2	3	4	5	6	7
женский	3924,55	4855,76	5784,01	5784,01	5784,01	5784,01
мужской	3710,56	4641,77	5570,02	5570,02	5570,02	5570,02

---

Приложение № 9  
к Тарифному соглашению на 2022 год

Тарифы законченного случая при проведении диспансеризации  
пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в  
трудной жизненной ситуации (по приказу Минздрава России № 72н от  
15.02.2013)

Пол	Возраст:					
	от 0 до 2 лет	от 3 до 4 лет	от 5 до 6 лет	от 7 до 13 лет	14 лет	от 15 до 17 лет
1	2	3	4	5	6	7
женский	3924,55	4855,76	5784,01	5784,01	5784,01	5784,01
мужской	3710,56	4641,77	5570,02	5570,02	5570,02	5570,02

Тарифы законченного случая для проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних по I этапу  
(по приказу Минздрава России № 514н от 10.08.2017)

Возраст пациента ( с учетом разбивки на определенные возрастные периоды)	Стоимость законченного случая, руб.	
	мальчики	девочки
новорожденный	773,60	773,60
1 месяц	3175,16	3175,16
2месяца	773,60	773,60
3 месяца	1180,03	1180,03
4 месяца - 11 месяцев	773,60	773,60
12 месяцев	3304,13	3304,13
1 год 3 месяц	773,60	773,60
1 год 6 месяц	773,60	773,60
2 года	1704,81	1704,81
3 года	4235,34	4449,33
4 года	1704,81	1704,81
5 лет	1704,81	1704,81
6 лет	5570,02	5784,01
7 лет	3422,48	3422,48
8 лет	1704,81	1704,81
9 лет	1704,81	1704,81
10 лет	4103,41	4103,41
11 лет	1704,81	1704,81
12 лет	1704,81	1704,81
13 лет	2283,31	2283,31
14 лет	2111,24	2325,23
15 лет	5570,02	5784,01
16 лет	5570,02	5784,01
17 лет	5570,02	5784,01

Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных по неотложной  
медицинской помощи

Профиль	Тариф, руб.*
Неотложная медицинская помощь, оказанная врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами-специалистами	909,65

---

\* По тарифу неотложной медицинской помощи производится оплата за осмотр, проведение необходимых консультативно-диагностических услуг в приемном отделении пациентам, не нуждающимся в госпитализации.

Приложение № 12  
к Тарифному соглашению на 2022 год

Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях  
по поводу заболевания (обращения)

Специальности	Тариф, руб.	
	Взрослые	Дети
Педиатрия	-	2 495,48
Терапия	1 072,32	-
Эндокринология	4 139,63	4 139,63
Неврология	1 601,91	1 601,91
Хирургия	1 325,66	1 325,66
Травматолог-ортопед	-	1 325,66
Онкология	1 325,66	-
Урология	753,24	-
Акушерство-гинекология	2 864,42	2 864,42
Отоларингология	1 099,15	1 099,15
Офтальмология	744,39	744,39
Дерматология	1 205,41	1 205,41

Приложение № 13  
к Тарифному соглашению на 2022 год

Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях  
в стоматологии по стоимости УЕТ

Специальности	Взрослые	Дети
1	2	3
Стоматология 1 УЕТ, руб.	286,23	357,13

---

Приложение № 14  
к Тарифному соглашению на 2022 год

Тарифы на оплату отдельных диагностических и лабораторных исследований

№ п/п	Наименование услуги	Тариф, руб.
1.	Компьютерная томография (КТ)	3 253,76
1.1.	без контрастирования	3 253,76
2.	Ультразвуковые исследования (УЗИ) сердечно-сосудистой системы	629,89
2.1.	эхокардиография	521,67
2.2.	доплерография сосудов	551,85
2.3.	дуплексное сканирование сосудов	816,09
3.	Эндоскопические диагностические обследования	1 181,82
3.1.	бронхоскопия	930,09
3.2.	эзофагогастродуоденоскопия	852,68
3.3.	колоноскопия	1 549,96
3.4.	ректосигмоидоскопия	1 395,02
4.	Патологоанатомическое исследование биопсийного материала (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии	2 587,26
5.	Тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции COVID-19	768,64

Приложение № 15  
к Тарифному соглашению на 2022 год

Тарифы на оплату медицинской помощи в стационарных условиях,  
по стоимости одного случая госпитализации

в рублях

Профиль медицинской помощи	Взрослые	Дети
Акушерство и гинекология	33 656,63	33 656,63
Дерматология	33 656,63	-
Инфекционные болезни	32 050,70	32 050,70
Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3)	334 756,77	-
Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2)	224 377,51	-
Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1)	129 831,34	129 831,34
Кардиология	53 922,98	-
Неврология	46 105,96	46 105,96
Нейрохирургия	48 856,39	48 856,39
Оториноларингология	33 453,06	33 453,06
Педиатрия	-	39 447,01
Терапия	31 041,91	-
Травматология и ортопедия	50 199,94	-
Урология	43 427,91	-
Хирургия	40 713,66	-
Детская хирургия	-	49 761,14
Челюстно-лицевая хирургия	43 237,91	43 237,91

Приложение № 16  
к Тарифному соглашению на 2022 год

Перечень клинико-профильных групп с оптимальной длительностью лечения до  
3 дней включительно

Профиль медицинской помощи (КПП)	Код по МКБ-10	
	Круглосуточный стационар	Дневной стационар
Хирургия	Z 47.0	
		Z 47.8
	K 10.2	
	L 02.0	L 02.0
	S 06.0	
		Z 51.1, Z 51.2
		D 17
		D 23
	I 86.1	I 86.1
Терапия	T 78	
	L 25	L 25
	L 50.0	L 50.0
	T 36- T50	
		Z 51.1, Z 51.2
Педиатрия	L 50.0	L 50.0
	T 36- T50	
	T 78	

Приложение № 17  
к Тарифному соглашению на 2022 год

Коэффициенты управления по КПП, Коэффициенты относительной  
затратоемкости КСГ/КПП (для медицинской помощи, оказанной в условиях  
круглосуточного стационара)

Базовая ставка финансового обеспечения на 2022 год	43 083,24	
Профиль КПП	Коэффициент относительной затратоемкости	Коэффициент специфики оказания медицинской помощи
Акушерство и гинекология	0,8	0,93
Дерматология	0,8	0,93
Детская хирургия	1,1	1,0
Инфекционные болезни	0,65	1,09
Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3)	7,4	1,0
Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2)	4,96	1,0
Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1)	2,87	1,0
Кардиология	1,49	0,8
Неврология	1,12	0,91
Нейрохирургия	1,2	0,9
Оториноларингология	0,87	0,85
Педиатрия	0,8	1,09
Терапия	0,73	0,94
Травматология и ортопедия	1,37	0,81
Урология	1,2	0,8
Хирургия	0,9	1,0
Челюстно-лицевая хирургия	1,18	0,81

Перечень случаев, для которых установлен КСЛП

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
1	предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний), за исключением случаев, к которым применяется КСЛП, предусмотренный пунктом 2 настоящего перечня	0,2
2	предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний), получающих медицинскую помощь по профилю «Детская онкология» и (или) «Гематология»	0,6
3	оказание медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра <sup>2</sup>	0,2
4	развертывание индивидуального поста	0,2
5	наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии <sup>1</sup> , требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации	0,6
6	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 1) <sup>3</sup>	0,05
7	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 2) <sup>3</sup>	0,47
8	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 3) <sup>3</sup>	1,16
9	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 4) <sup>3</sup>	2,07

<sup>1</sup> - наличие у пациента дополнительного диагноза (диагноза осложнения заболевания) из перечня, определенного настоящим Тарифным соглашением, медицинская помощь в соответствии с которым оказывалась пациенту в период госпитализации

<sup>2</sup> - за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки

<sup>3</sup> - перечень возможных операций, а также критерии отнесения соответствующих операций к уровню КСЛП определен настоящим Тарифным соглашением

Приложение № 18.1  
к Тарифному соглашению на 2022 год

**Проведение сочетанных хирургических вмешательств**

Уровень 1			
Операция 1		Операция 2	
A16.01.031	Устранение рубцовой деформации	A16.01.018	Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки
A16.01.031	Устранение рубцовой деформации	A16.01.017.001	Удаление доброкачественных новообразований кожи методом электрокоагуляции
A16.01.031	Устранение рубцовой деформации	A16.01.017	Удаление доброкачественных новообразований кожи
A16.01.013	Удаление сосудистой мальформации	A16.01.018	Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки
A16.01.013	Удаление сосудистой мальформации	A16.01.017	Удаление доброкачественных новообразований кожи
A16.01.013	Удаление сосудистой мальформации	A16.01.017.001	Удаление доброкачественных новообразований кожи методом электрокоагуляции
A16.18.027	Эндоскопическое электрохирургическое удаление новообразования толстой кишки	A16.19.017	Удаление полипа анального канала и прямой кишки
A16.18.027	Эндоскопическое электрохирургическое удаление новообразования толстой кишки	A16.19.003.001	Иссечение анальной трещины
A16.07.061.001	Хейлоринопластика (устранение врожденной расщелины верхней губы)	A16.07.042	Пластика уздечки верхней губы
A16.07.061.001	Хейлоринопластика (устранение врожденной расщелины верхней губы)	A16.07.044	Пластика уздечки языка
A16.07.016	Цистотомия или цистэктомия	A16.07.042	Пластика уздечки верхней губы
A16.07.016	Цистотомия или цистэктомия	A16.07.043	Пластика уздечки нижней губы
A16.07.066	Уранопластика (устранение врожденной расщелины твердого и мягкого неба)	A16.07.042	Пластика уздечки верхней губы
A16.07.066	Уранопластика (устранение врожденной расщелины твердого и мягкого неба)	A16.07.044	Пластика уздечки языка

A16.30.014	Экстирпация срединных кист и свищей шеи	A16.01.018	Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки
A16.30.014	Экстирпация срединных кист и свищей шеи	A16.01.017	Удаление доброкачественных новообразований кожи
A16.30.015	Экстирпация боковых свищей шеи	A16.01.018	Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки
A16.30.015	Экстирпация боковых свищей шеи	A16.01.017	Удаление доброкачественных новообразований кожи
A16.07.016	Цистотомия или цистэктомия	A16.01.018	Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки
Уровень 2			
Операция 1		Операция 2	
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности	A16.30.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.003	Оперативное лечение околопупочной грыжи
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.003	Оперативное лечение околопупочной грыжи

A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.003	Оперативное лечение околопупочной грыжи
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов
A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.003	Оперативное лечение околопупочной грыжи	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи	A16.30.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи
A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки	A16.30.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи
A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи	A16.16.033.001	Фундопликация лапароскопическая
A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи	A16.09.026.004	Пластика диафрагмы с использованием видеоэндоскопических технологий

A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.20.032	Резекция молочной железы	A16.20.004	Сальпингэктомия лапаротомическая
A16.20.032	Резекция молочной железы	A16.20.017	Удаление параовариальной кисты лапаротомическое
A16.20.032	Резекция молочной железы	A16.20.061	Резекция яичника лапаротомическая
A16.20.043	Мастэктомия	A16.20.011.002	Тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) с придатками лапаротомическая
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.035	Миомэктомия (энуклеация миоматозных узлов) лапаротомическая
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.001	Удаление кисты яичника
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.061	Резекция яичника лапаротомическая
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.041	Стерилизация маточных труб лапаротомическая
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.039	Метропластика лапаротомическая
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.075	Перевязка маточных артерий
A16.20.063.001	Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.20.083	Кольпоперинеоррафия и леваторопластика
A16.16.033.001	Фундопликация лапароскопическая	A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.20.063.001	Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.18.009.001	Аппендэктомия с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.20.061.001	Резекция яичника с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.18.009	Аппендэктомия	A16.20.061	Резекция яичника лапаротомическая
A16.18.027	Эндоскопическое электрохирургическое удаление новообразования	A16.19.013	Удаление геморроидальных узлов

	толстой кишки		
A16.19.013	Удаление геморроидальных узлов	A16.19.003.001	Иссечение анальной трещины
A16.28.071.001	Иссечение кисты почки лапароскопическое	A16.20.001.001	Удаление кисты яичника с использованием видеоэндоскопических технологий
3 уровень			
Операция 1		Операция 2	
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.18.016	Гемиколэктомия правосторонняя	A16.14.030	Резекция печени атипичная
A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
4 уровень			
Операция 1		Операция 2	
A16.20.014	Влагалищная тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) с придатками	A16.20.042.001	Слингвые операции при недержании мочи

Приложение №19  
к Тарифному соглашению на 2022 год

Тарифы на оплату медицинской помощи в условиях дневного стационара  
по стоимости одного случая лечения

Специальности	в рублях	
	Взрослые	Дети
Акушерство-гинекология	22 176,87	-
Неврология	27 248,57	27 248,57
Оториноларингология	24 069,57	-
Педиатрия	-	24 780,90
Терапия	20 575,45	-
Травматология	29 542,45	-
Урология	25 659,07	-
Хирургия	23 874,93	-

Коэффициенты управления по КПП, Коэффициенты относительной  
затратоемкости КСГ/КПП (для медицинской помощи, оказанной в условиях  
дневного стационара)

Базовая ставка финансового обеспечения на 2022 год	22 067,19	
Профиль КПП	Коэффициент относительной затратоемкости	Коэффициент специфики оказания медицинской помощи
Акушерство и гинекология	0,8	1,2
Неврология	1,05	1,12
Оториноларингология	0,98	1,06
Педиатрия	0,93	1,15
Терапия	0,74	1,2
Травматология	1,25	1,02
Урология	0,98	1,13
Хирургия	0,92	1,12

Приложение № 21  
к Тарифному соглашению на 2022 год

Стоимость услуги гемодиализа в условиях дневного стационара

Код услуги	Наименование услуги	Единица оплаты	Базовый тариф, руб.	Коэффициент относительной затратоемкости	Стоимость услуги, руб.
A18.05.002	Гемодиализ	услуга	9666,79	1,0	9666,79

---

Приложение № 22  
к Тарифному соглашению на 2022 год

Тарифы на оплату скорой медицинской помощи

Специальности	Тариф, руб.
Скорая медицинская помощь	3 690,98

---

СРЕДНЕЕ КОЛИЧЕСТВО УЕТ В ОДНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ,  
ПРИМЕНЯЕМОЕ ДЛЯ ОБОСНОВАНИЯ ОБЪЕМА И СТОИМОСТИ  
ПОСЕЩЕНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В  
АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
AI 2.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	0,35	0,35
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	0,61	0,61
A 12.07.004	Определение пародонтальных индексов	0,76	0,76
B01.003.004.002	Проводниковая анестезия	0,96	0,96
B01.003.004.004	Аппликационная анестезия	0,31	0,31
B01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	0,5	0,5
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	0,93	0,93
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	0,75	0,75
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	0,75	0,75
All.07. 026	Взятие образца биологического материала из очагов поражения органов рта	1,12	1,12
A11.01.019	Получение соскоба с эрозивно-язвенных элементов кожи и слизистых оболочек	1,12	1,12
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных препаратов в челюстно-лицевую область	1,1	1,1
A25.07.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов	0,25	0,25
A05.07.001	Электроодонтометрия зуба	0,42	0,42
B01.064.003	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный		1,95
BO 1.064.004	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный		1,37
B04.064.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского		1,19
B01.065.007	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	1,68	1,95
B01.065.008	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога повторный	1,18	1,37
B04.065.005	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога	1,25	1,19
B01.065.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта первичный	1,68	
B01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	1,18	
B04.065.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация)	1,25	

	врача-стоматолога-терапевта		
BO 1.065.003	Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный	1,68	1,95
B01.065.004	Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный	1,18	1,37
B04.065.003	Диспансерный прием (осмотр, консультация) зубного врача	1,25	1,19
BO 1.065.005	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического первичный	1,5	1,5
B01.065.006	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического повторный	0,9	0,9
АОЗ.07.001	Люминесцентная стоматоскопия	0,63	0,63
A11.07.010	Введение лекарственных препаратов в пародонтальный карман	0,99	0,99
A11.07.022	Аппликация лекарственного препарата на слизистую оболочку полости рта	0,45	0,45
A16.07.051	Профессиональная гигиена полости рта и зубов <sup>1</sup>	2	2
A16.07.082	Сошлифовывание твердых тканей зуба	0,25	0,25
A11.07.023	Применение метода серебрения зуба	0,88	0,88
A15.07.003	Наложение лечебной повязки при заболеваниях слизистой оболочки полости рта и пародонта в области одной челюсти	2	2
A 16.07.002.001	Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием стоматологических цементов <sup>2</sup>	1,53	1,53
A 16.07.002.002	Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения <sup>2</sup>	1,95	1,95
A16.07.002.003	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием стоматологических цементов <sup>2</sup>	1,85	1,85
AI 6.07.002.004	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения <sup>2</sup>	2,5	2,5
A16.07.002.005	Восстановление зуба пломбой пломбой IV класс по Блэку с использованием стеклоиномерных цементов <sup>2</sup>	2,45	2,45
A16.07.002.006	Восстановление зуба пломбой пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения <sup>2</sup>	3,25	3,25
A 16.07.002.007	Восстановление зуба пломбой из амальгамы I, V класс по Блэку <sup>2</sup>	1,95	1,95
A16.07.002.008	Восстановление зуба пломбой из амальгамы II класс по Блэку <sup>2</sup>	2,33	2,33
A16.07.002.010	Восстановление зуба пломбой I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров <sup>2</sup>	3,35	3,35
A16.07.002.011	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с	3,75	3,75

	использованием материалов из фотополимеров <sup>2</sup>		
A16.07.002.012	Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров <sup>2</sup>	4	4
A16.07.002.009	Наложение временной пломбы	1,25	1,25
A16.07.091	Снятие временной пломбы	0,25	0,25
A16.07.092	Трепанация зуба, искусственной коронки	0,48	0,48
A16.07.008.001	Пломбирование корневого канала зуба пастой	1,16	1,16
A16.07.008.002	Пломбирование корневого канала зуба гуттаперчевыми штифтами	1,7	1,7
A11.07.027	Наложение девитализирующей пасты	0,03	0,03
A16.07.009	Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы)	0,21	0,21
A16.07.010	Экстирпация пульпы	0,46	0,46
A16.07.019	Временное шинирование при заболеваниях пародонта <sup>3</sup>	1,98	1,98
A16.07.020.001	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба ручным методом <sup>4</sup>	0,32	0,32
A16.07.025.001	Избирательное полирование зуба	0,2	0,2
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба <sup>4</sup>	0,2	0,2
A16.07.030.001	Инструментальная и медикаментозная обработка хорошо проходимого корневого канала	0,92	0,92
A16.07.030.002	Инструментальная и медикаментозная обработка плохо проходимого корневого канала	1,71	1,71
A16.07.030.003	Временное пломбирование лекарственным препаратом корневого канала	0,5	0,5
A16.07.039	Закрытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба <sup>4</sup>	0,31	0,31
A 16.07.082.001	Распломбировка корневого канала ранее леченного пастой	2	2
A16.07.082.002	Распломбировка одного корневого канала ранее леченного фосфатцементом/резорцин-формальдегидным методом	3,55	3,55
B01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	1,4	1,4
B01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	1,08	1,08
A11.03.003	Внутрикостное введение лекарственных препаратов	0,82	0,82
A15.03.007	Наложение шины при переломах костей <sup>5</sup>	6,87	6,87
A15.03.011	Снятие шины с одной челюсти	1,43	1,43
A 15.04.002	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов	2,55	2,55
A15.07.001	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) зубов	2,96	2,96

A11.07.001	Биопсия слизистой полости рта	1,15	1,15
A11.07.002	Биопсия языка	1,15	1,15
A11.07.005	Биопсия слизистой преддверия полости рта	1,15	1,15
A11.07.007	Биопсия тканей губы	1,15	1,15
A11.07.008	Пункция кисты полости рта	0,91	0,91
A11.07.009	Бужирование протоков слюнных желез	3,01	3,01
A11.07.013	Пункция слюнной железы	0,91	0,91
A11.07.014	Пункция тканей полости рта	0,91	0,91
A11.07.015	Пункция языка	0,91	0,91
A11.07.016	Биопсия слизистой ротоглотки	1,15	1,15
A11.07.018	Пункция губы	0,91	0,91
A11.07.019	Пункция патологического образования слизистой преддверия полости рта	0,91	0,91
A11.07.020	Биопсия слюнной железы	1,15	1,15
A15.01.003	Наложение повязки при операции в челюстно-лицевой области	1,06	1,06
A15.07.002	Наложение повязки при операциях в полости рта	1,06	1,06
A16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани <sup>6</sup>	1,3	1,3
A16.01.008	Сшивание кожи и подкожной клетчатки <sup>7</sup>	0,84	0,84
A16.07.097	Наложение шва на слизистую оболочку рта	0,84	0,84
A16.01.012	Вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса)	2	2
A16.01.016	Удаление атеромы	2,33	2,33
A16.01.030	Иссечение грануляции	2,22	2,22
A16.04.018	Вправление вывиха сустава	1	1
A16.07.095.00i	Остановка луночного кровотечения без наложения швов методом тампонады	1,25	1,25
A16.07.095.002	Остановка луночного кровотечения без наложения швов с использованием гемостатических материалов	1	1
A16.07.001.001	Удаление временного зуба	1,01	1,01
A16.07.001.002	Удаление постоянного зуба	1,55	1,55
A16.07.001.003	Удаление зуба сложное с разъединением корней	2,58	2,58
A16.07.024	Операция удаления ретинированного, дистопированного или сверхкомплектного зуба	3	3
A 16.07.040	Лоскутная операция в полости рта	2,7	2,7
A16.07.007	Резекция верхушки корня	3,78	3,78
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления в полости рта	1	1
A16.07.012	Вскрытие и дренирование одонтогенного абсцесса	0,97	0,97
A16.07.013	Отсроченный кюретаж лунки удаленного зуба	1,03	1,03
A16.07.014	Вскрытие и дренирование абсцесса полости ____	2,14	2,14

A16.07.0i5	Вскрытие и дренирование очага воспаления мягких тканей лица или дна полости рта	2,41	2,41
A16.07.016	Цистотомия или цистэктомия	3,89	3,89
A16.07.017.002	Коррекция объема и формы альвеолярного отростка <sup>9</sup>	1,22	1,22
A16.07.026	Гингивэктомия	4,3	4,3
A16.07.089	Гингивопластика	4,3	4,3
A16.07.038	Открытый юретаж при заболеваниях пародонта в области зуба <sup>4</sup>	1	1
A16.07.042	Пластика уздечки верхней губы	2,1	2,1
A16.07.043	Пластика уздечки нижней губы	2,1	2,1
A16.07.044	Пластика уздечки языка	1	1
A16.07.096	Пластика перфорации верхнечелюстной пазухи	4	4
A16.07.008.003	Закрытие перфорации стенки корневого канала зуба	1,8	1,8
A16.07.058	Лечение перикоронита (промывание, рассечение и/или иссечение капюшона)	1,04	1,04
A16.07.059	Гемисекция зуба	2,6	2,6
A11.07.025	Промывание протока слюнной железы	1,85	1,85
A16.22.0I2	Удаление камней из протоков слюнных желез	3	3
A16.30.064	Иссечение свища мягких тканей	2,25	2,25
A16.30.069	Снятие послеоперационных швов (лигатур)	0,38	0,38
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	1,5	1,5
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов	1,5	1,5
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	0,5	0,5
A17.07.004	Ионофорез при патологии полости рта и зубов	1,01	1,01
A17.07.006	Депозит-форез корневого канала зуба	1,5	1,5
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта	2	2
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	1,67	1,67
A17.07.009	Воздействие электрическими полями при патологии полости рта и зубов	1	1
A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов	1	1
A17.07.011	Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов	1,25	1,25
A17.07.012	Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов	1,25	1,25
A20.07.001	Гидроорошение при заболевании полости рта и зубов	1,5	1,5
A21.07.001	Вакуум-терапия в стоматологии	0,68	0,68
A22.07.005	Ультрафиолетовое облучение ротоглотки	1,25	1,25
A22.07.007	Ультрафонофорез лекарственных препаратов на область десен	1	1
Ортодонтия			

V01.063.001	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта первичный		4,21
V01.063.002	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта повторный		1,38
V04.063.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта		1,69
A02.07.004	Антропометрические исследования		1,1
A23.07.002.027	Изготовление контрольной модели		2,5
A02.07.010.001	Снятие оттиска с одной челюсти		1,4
A02.07.010	Исследование на диагностических моделях челюстей		2
A23.07.001.001	Коррекция съемного ортодонтического аппарата		1,75
A23.07.003	Припасовка и наложение ортодонтического аппарата		1,8
A23.07.001.002	Ремонт ортодонтического аппарата		1,55
A23.07.002.037	Починка перелома базиса самотвердеющей пластмассой		1,75
A23.07.002.045	Изготовление дуги вестибулярной с дополнительными изгибами		3,85
A23.07.002.073	Изготовление дуги вестибулярной		2,7
A23.07.002.051	Изготовление кольца ортодонтического		4
A23.07.002.055	Изготовление коронки ортодонтической		4
A23.07.002.058	Изготовление пластинки вестибулярной		2,7
A23.07.002.059	Изготовление пластинки с заслоном для языка (без кламмеров)		2,5
A23.07.002.060	Изготовление пластинки с окклюзионными накладками		18,0
A16.07.053.002	Распил ортодонтического аппарата через винт		1
<b>Профилактические услуги</b>			
V04.064.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского		1,57
V04.065.006	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога	1,3	1,57
V04.065.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта	1,3	
V04.065.004	Профилактический прием (осмотр, консультация) зубного врача	1,3	1,3
A11.07.012	Глубокое фторирование эмали зуба	0,3	0,3
A 11.07.024	Местное применение реминерализующих препаратов в области зуба <sup>4</sup>	0,7	0,7
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта	0,87	0,87
A16.07.057	Запечатывание фиссуры зуба герметиком	1	1

**Примечания:**

<sup>1</sup> - одного квадранта

<sup>2</sup> - включая полирование пломбы

<sup>3</sup> - трех зубов

<sup>4</sup> - одного зуба

<sup>5</sup> - на одной челюсти

<sup>6</sup> - без наложения швов

<sup>7</sup> - один шов

<sup>8</sup> - в области двух-трех зубов

<sup>9</sup> - в области одного-двух зубов

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

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества
Раздел 1. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля			
1.1.	Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.	0	0,3
1.2.	Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.	0	1

1.3.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей.	1	0,3
1.4.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
1.4.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1	0
1.4.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	1	0
1.4.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение, отсутствие сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи по данным персонализированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;	1	0
1.4.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1	0
1.4.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1	0
1.4.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты;	1	0
1.5.	Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе);	1	0
1.6.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.6.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в программу обязательного медицинского страхования;	1	0
1.6.2.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема	1	0

	предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;		
1.6.3.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;	1	0
1.6.4.	включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования, медицинских услуг, оказываемой частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности.	1	0
1.7.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:		
1.7.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	1	0
1.7.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	1	0
1.8.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности, в том числе с нарушением лицензионных требований:		
1.8.1.	включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1	0
1.8.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;	1	0
1.8.3.	предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (на основании информации лицензирующих органов).	1	0

1.9.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста по профилю оказания медицинской помощи.	1	0
1.10.	Нарушения, связанные с повторным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:		
1.10.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	1	0
1.10.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1	0
1.10.3.	стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	1	0
1.10.4.	стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию.	1	0
1.10.5.	включение в реестр счетов медицинской помощи, оказанной амбулаторно, в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также оказания медицинской помощи (консультаций) в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме);	1	0
1.10.6.	включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	1	0
Раздел 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы			
2.1.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования;	0	0,3
2.2.	Нарушение условий оказания скорой медицинской помощи, выразившееся в несоблюдении установленного программой обязательного медицинского страхования времени доезда бригады скорой медицинской помощи, при летальном исходе до приезда бригады скорой помощи.	1	3
2.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного		

	медицинского страхования, в том числе:		
2.3.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;	0	1
2.3.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья;	0	2
2.3.3.	приведший к летальному исходу.	0	3
2.4.	Несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения застрахованного лица, которому по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение	0	0,3
2.5.	Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований, в том числе:		
2.5.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;	0	1
2.5.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения);	0	2
2.5.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения).	0	3
2.6.	Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (по факту выявления, с учетом информации лицензирующих органов).	1	0
2.7.	Представление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее в течение четырнадцати календарных дней при оказании медицинской помощи в указанный период	1	0,3

	в амбулаторных условиях (за исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией).		
2.8.	Необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период пребывания в условиях круглосуточного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях).	1	0,3
2.9.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, входящую в базовую либо территориальную программу обязательного медицинского страхования, при оказании медицинской помощи в рамках базовой либо территориальной программы обязательного медицинского страхования.	0	1
2.10.	Приобретение пациентом или его представителем в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов <1>, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека <2>, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.	0,5	0,5
2.11.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.	0	0,6
2.12.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин в течение 5 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда или территориального фонда или страховой медицинской организации.	1	0
2.13.	Отсутствие в документации (несоблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях <3>.	0,1	0

2.14.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и/или учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы).	0,5	0
2.15.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней).	1	0
2.16.	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
2.16.1.	оплаченный случай оказания медицинской помощи выше тарифа, установленного тарифным соглашением;	0,1	0,3
2.16.2.	включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.	1	1
2.17.	Отсутствие в карте стационарного больного протокола врачебной комиссии в случаях назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.	0	0,3
2.18.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования.	0	0,3
Раздел 3 Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи			
3.1.	Установление неверного диагноза, связанное с отсутствием обоснования клинического диагноза в первичной медицинской документации или несоответствие результатов обследования клиническому диагнозу:		
3.1.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	0
3.1.2.	приведшее к удлинению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,3	0

3.1.3.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания;	0,4	0,3
3.1.4.	приведшее к инвалидизации;	0,9	1
3.1.5.	приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов);	1	3
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:		
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	0
3.2.2.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,4	0,3
3.2.3.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,9	1
3.2.4.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	1	3
3.2.5.	рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций;	0,9	1

3.2.6.	по результатам проведенного диспансерного наблюдения	0,9	1
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания.	0,5	0,6
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях).	0,5	0,3
3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение четырнадцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, тридцати дней стационарно (повторная госпитализация).	0,3	0
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,8	1
3.7.	Госпитализация застрахованного лица в плановой или неотложной форме с нарушением требований к профильности оказанной медицинской помощи (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации в неотложной и экстренной форме с последующим переводом в течение суток в профильные медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций).	1	0,3
3.8.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, отсутствие пациента в медицинской организации на дату проверки.	1	0,3
3.9.	Необоснованное повторное посещение врача одной и той же специальности в один день	1	0,3

	при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов.		
3.10.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований в связи с несоответствием оснащения медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации)	0,9	0,5
3.11.	Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.	0,5	0
3.12.	Нарушение прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, базовой программы обязательного медицинского страхования; на выбор врача.	0	0,3
3.13.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи, связанные с риском для здоровья пациента.	0,5	0,6

<1> [Распоряжение](#) Правительства Российской Федерации от 12 октября 2019 г. N 2406-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, N 42, ст. 5979; 2020, N 48, ст. 7813).

<2> [Распоряжение](#) Правительства Российской Федерации 31 декабря 2018 г. N 3053-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, N 2, ст. 196; N 41, ст. 5780).

<3> В соответствии со [статьей 20](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2020, N 29, ст. 4516

Приложение № 25  
к Тарифному соглашению на 2022 год

«Перечень показателей результативности деятельности МО, имеющей прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности МО, включая показатели объемов МП, их целевые значения и порядок применения»

№ п/п	Показатель	Единица измерения	Периодичность оценки	Алгоритм расчета показателя:	Оценка показателя- Число баллов
1	Выполнение плановых объемов по оказанию скорой медицинской помощи прикрепленному населению	%	Ежемесячно, нарастающим итогом	<b>Дсмп = <math>V_{\text{выз.факт}}/V_{\text{выз.план.}}*100</math></b> , где	более или равно 80% - 1 балл
				$V_{\text{выз.факт}}$ - фактическое количество вызовов скорой медицинской помощи прикрепленных лиц за отчетный период	менее 80%- 0,75 балла
				$V_{\text{выз.план.}}$ - плановое количество вызовов скорой медицинской помощи прикрепленных лиц за отчетный период	менее 50% - 0 баллов
2	Выполнение плановых объемов МП по профилактическим медицинским осмотрам взрослых и детей, установленных Комиссией по разработке ТПОМС	%	Ежемесячно, нарастающим итогом	<b>Дпроф. = <math>V_{\text{дфкв}}/V_{\text{дпкв}}</math></b> , где:	более или равно 80 % - 1 балл
				$V_{\text{дф}}$ – объем лиц, прошедших профилактический осмотр в отчетном периоде	менее 80% -0,75 балла
				$V_{\text{дп}}$ – объем лиц, подлежащих профилактическому осмотру, в отчетном периоде	менее 50% - 0 баллов
3	Выполнение плановых объемов по диспансеризации определенных групп взрослого населения из подлежащего диспансеризации в текущем году	%	Ежемесячно, нарастающим итогом	<b>Ддис. = <math>V_{\text{дф}}/V_{\text{дп}} * 100</math></b> , где:	более или равно 80 % - 1 балл
				$V_{\text{дф}}$ – объем лиц, прошедших диспансеризацию в отчетном периоде;	менее 80% -0,75 балла
				$V_{\text{дп}}$ – объем лиц, подлежащих диспансеризации по плану, в отчетном периоде.	менее 50% - 0 баллов

4	Выполнение плановых объемов МП по профилактическим посещениям с иными целями, установленных Комиссией по разработке ТПОМС	%	Ежемесячно, нарастающим итогом	<b>Дпп. = <math>V_{пп}/V_{ппобщ} * 100 * 100</math>, где:</b>	более или равно 90% -1 балл
				$V_{пп}$ – фактический объем профилактических посещений с иными целями в отчетном периоде;	менее 90% -0,75 балла
				$V_{общ}$ – плановый объем посещений с иными целями в отчетном периоде.	менее 50% - 0 баллов
5	Выполнение плановых объемов МП по обращениям, установленных Комиссией по разработке ТПОМС	%	Ежемесячно, нарастающим итогом	<b>Доб. = <math>V_{об}/V_{об.общ} * 100</math>, где:</b>	более или равно 75% -1 балл
				$V_{обп}$ – фактический объем обращений в отчетном периоде;	менее 75% -0,75 баллов
				$V_{общ}$ – плановый объем обращений в отчетном периоде.	менее 50% - 0 баллов
6	Выполнение плановых объемов МП в неотложной форме, установленных Комиссией по разработке ТПОМС	%	Ежемесячно, нарастающим итогом	<b>Д неот. = <math>V_{об}/V_{об.общ} * 100</math>, где:</b>	более или равно 75% -1 балл
				$V_{обп}$ – фактический объем посещений в отчетном периоде;	менее 75% -0,75 балла
				$V_{общ}$ – плановый объем посещений в отчетном периоде.	менее 50% -0 баллов
7	Выполнение плановых объемов МП в круглосуточном стационаре, установленных Комиссией по разработке ТПОМС	%	Ежемесячно, нарастающим итогом	<b>Д стац. = <math>V_{гос.}/V_{об.гос.} * 100</math>, где:</b>	более или равно 80% -1 балл
				$V_{госп}$ – фактический объем случаев госпитализации в круглосуточный стационар;	
				$V_{об.госп.}$ плановый объем случаев госпитализации в круглосуточный стационар	менее 80% -0,75 балла менее 50% -0 баллов
8	Летальность в круглосуточном стационаре среди прикрепленного населения	%	Ежемесячно, нарастающим итогом	<b>Л = <math>Чу / Чгос * 100</math>, где</b>	до 1,5 случаев и менее -1 балл
				$Чу$ - число умерших в круглосуточном стационаре в текущем месяце	от 1,5 случаев, не более 2 - 0,5 балла
				$Чгос$ - число пролеченных в круглосуточном стационаре в текущем месяце	более 2 случаев -0 баллов

9	Выполнение плановых объемов МП в дневном стационаре, установленных Комиссией по разработке ТПОМС	%	Ежемесячно, нарастающим итогом	$Д дс. = V_{леч.} / V_{об.леч.} * 100$ , где:	более или равно 75% -1 балл
				$V_{леч.}$ – фактический объем случаев лечения в дневном стационаре в отчетном периоде;	менее 75% -0,75 балла
				$V_{общ}$ – плановый объем случаев лечения в дневном стационаре в отчетном периоде.	менее 50% - 0 баллов

**Методика оценки результативности МО, имеющей прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности МО, включая показатели объемов МП.**

1. Оценка показателей результативности деятельности медицинской организации осуществляется на основании установленных показателей и баллов. Коэффициент достижения результата определяется суммарно.
2. Максимальная сумма баллов для медицинской организации составляет - 9 баллов. Расчет показателей осуществляется ежемесячно. Оценка показателя осуществляется в процентах, полученное значение округляется до сотого знака с учетом правил математического округления. Сумма баллов вычисляется до десятого знака с учетом правил математического округления.
3. При сумме баллов от 9 до 6,5 включительно значение подушевого норматива финансирования медицинской помощи для медицинской организации на следующий месяц не пересчитывается.
4. При сумме баллов менее 6,5 значение подушевого норматива финансирования медицинской помощи для медицинской организации уменьшается на 5% в следующем месяце.

Расчет объема финансирования медицинских организаций, имеющих прикрепленных застрахованных лиц, при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности

1. Наименование страховой медицинской организации \_\_\_\_\_
2. Наименование МО, имеющей прикрепленных лиц \_\_\_\_\_
3. Отчетный период \_\_\_\_\_
4. Сумма, предъявленная к оплате за медицинскую помощь, оказанную прикрепленным лицам к данной МО \_\_\_\_\_
5. Плановый объем финансирования по подушевому нормативу на отчетный период \_\_\_\_\_
6. Сумма уменьшения объема финансирования от подушевого норматива в отчетном периоде с учетом достигнутых показателей результативности \_\_\_\_\_
7. Сумма неоплаты по результатам медико-экономического контроля \_\_\_\_\_
8. Удержания по МО в отчетном периоде (кроме медико-экономического контроля) \_\_\_\_\_
9. Другие удержания по МО в отчетном периоде (штрафы, пени) \_\_\_\_\_
10. Финансовый результат для перечисления (п.10 = п.4-п.6 -п.7-п.8-п.9) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Руководитель СМО

\_\_\_\_\_  
подпись  
МП

\_\_\_\_\_  
дата