

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в системе обязательного медицинского страхования
Ямало-Ненецкого автономного округа

(в редакции дополнительных соглашений № 1 от 04.03.2024, № 2 от 01.04.2024,
№ 3 от 31.05.2024, № 4 от 25.06.2024, № 5 от 26.07.2024, № 6 от 16.08.2024, №7
от 24.09.2024, № 8 от 31.10.2024)

г. Салехард

31 января 2024 года

I. Общие положения

1. Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа (далее – Тарифное соглашение) разработано в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ), Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н (далее – Правила ОМС), Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2023 года № 2353 (далее – Программа государственных гарантий), Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, утвержденной постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 29 декабря 2023 года № 1021 - П (далее – территориальная программа государственных гарантий), Порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 года № 231н (далее – Порядок проведения контроля), Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 февраля 2023 года № 44н, Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленными совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – Методические рекомендации), на основании постановления Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 октября 2011 года № 743-П «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа».

2. Предметом настоящего Тарифного соглашения является установление: порядка и способов оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования, применяемых в Ямало-Ненецком автономном округе;

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

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

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

председателем Комиссии;
департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа (далее – Департамент здравоохранения);
территориальным фондом обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа (далее – Фонд);
страховыми медицинскими организациями, функционирующими в сфере обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа (далее - СМО);
региональной общественной организацией автономного округа «Врачи Ямала»;
профессиональным союзом медицинских работников здравоохранения Российской Федерации.

4. В рамках настоящего Тарифного соглашения используются следующие определения:

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

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

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

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

Коэффициент относительной затратноемкости – устанавливаемый Программой государственных гарантий коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

Коэффициент дифференциации – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для субъекта Российской Федерации и/или отдельных территорий субъекта Российской Федерации

Федерации (в Ямало-Ненецком автономном округе установлен единый коэффициент дифференциации – 2,486);

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

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

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

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

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

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

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

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

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

медицинскому страхованию, действующие в субъекте Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи.

Для медицинской организации ООО «Инномед» (город Архангельск, Архангельской области), включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа и не участвующей в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Архангельской области в 2024 году, оказывающей медицинскую помощь застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам Ямало-Ненецкого автономного округа:

- определить второй уровень медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях и условиях дневного стационара;

- установить коэффициент уровня при оказании медицинской помощи в стационарных условиях в размере 1,05, в условиях дневного стационара – в размере 1,0;

- применять базовую ставку финансового обеспечения медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и коэффициент дифференциации, установленные Тарифным соглашением в сфере обязательного медицинского страхования Архангельской области.

(в редакции дополнительного соглашения № 4 от 25.06.2024)

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

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

8. Оплата медицинской помощи осуществляется СМО в пределах объемов медицинской помощи и финансового обеспечения, распределенных медицинской организации решением Комиссии на год, за исключением стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)), проводимых в амбулаторных условиях.

Оплата стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)), проводимых в амбулаторных условиях, осуществляется СМО в пределах

объемов медицинской помощи и финансового обеспечения на квартал, полугодие, 9 месяцев, год, рассчитанных исходя из 1/12 объемов медицинской помощи и финансового обеспечения, распределенных медицинской организации решением Комиссии на год.

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

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

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

В случае превышения суммарного объема средств по обращениям, полученным от СМО, над размером сформированного нормированного страхового запаса, Фонд уменьшает сумму по обращениям пропорционально для каждой СМО для приведения в соответствие с размером средств нормированного страхового запаса. При этом СМО направляет полученные от Фонда средства нормированного страхового запаса в медицинские организации пропорционально суммам, указанным в заявке на получение средств на оплату счетов медицинской организации.

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

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

13. Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ямало-Ненецкого автономного округа, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты медицинской помощи установлен в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

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

14. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

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

- **по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц** (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований

биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

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

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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

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

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

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

14.2. Перечень фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого населения с указанием численности женщин репродуктивного возраста, информация о их соответствии/несоответствии требованиям положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, годовой и месячный размер

финансового обеспечения установлены в приложении 2 к настоящему Тарифному соглашению.

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

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей – 3 010,1 тыс. рублей, в том числе: за счет субвенции Федерального фонда обязательного медицинского страхования (с учетом коэффициента дифференциации по Ямало-Ненецкому автономному округу 2,486) – 2 447,2 тыс. рублей, за счет средств межбюджетного трансферта бюджета Ямало-Ненецкого автономного округа – 562,9 тыс. рублей;

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 101 до 900 жителей – 3 762,6 тыс. рублей, в том числе: за счет субвенции Федерального фонда обязательного медицинского страхования (с учетом коэффициента дифференциации по Ямало-Ненецкому автономному округу 2,486) – 3 059,0 тыс. рублей, за счет средств межбюджетного трансферта бюджета Ямало-Ненецкого автономного округа – 703,6 тыс. рублей;

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 901 до 1500 жителей – 7 524,9 тыс. рублей, в том числе: за счет субвенции Федерального фонда обязательного медицинского страхования (с учетом коэффициента дифференциации по Ямало-Ненецкому автономному округу 2,486) – 6 117,8 тыс. рублей, за счет средств межбюджетного трансферта бюджета Ямало-Ненецкого автономного округа – 1 407,1 тыс. рублей.

Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих до 100 жителей, установлен с учетом понижающего коэффициента 0,8 к размеру финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающего от 101 до 900 жителей.

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

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

Размеры понижающих коэффициентов специфики оказания медицинской помощи:

Укомплектованность ниже норматива	Фельдшерские здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты, обслуживающие		
	до 100 жителей	от 101 до 900 жителей	от 901 до 1 500 жителей

на 0,25 штатных единиц	0,834	0,862	0,931
на 0,5 штатных единиц	0,669	0,724	0,862
на 0,75 штатных единиц	0,503	0,586	0,793
на 1 штатную единицу	0,337	0,448	0,724
на 1,25 штатные единицы	0,171	0,309	0,655
на 1,5 штатные единицы	0,100	0,100	0,586
на 1,75 штатные единицы			0,517
на 2 штатные единицы			0,448
на 2,25 штатные единицы			0,378
на 2,5 штатные единицы			0,309
на 2,75 штатные единицы			0,240
на 3 штатные единицы			0,100

В случае обслуживания фельдшерскими здравпунктами, фельдшерско-акушерскими пунктами женщин репродуктивного возраста (женщин в возрасте от 18 до 49 лет включительно), но при отсутствии в пунктах акушерок, отдельные полномочия по работе с такими женщинами могут быть возложены на фельдшера (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем).

Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих до 100 жителей и от 101 до 900 жителей, рекомендуемые штатные нормативы которых не предусматривают должность «Акушерка», устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитанного с учетом доли таких женщин в численности прикрепленного населения.

Данный повышающий коэффициент (в разрезе фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) учитывается в составе коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной

медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, и установлен в приложении 2 к настоящему Тарифному соглашению дифференцированно по структурным подразделениям.

14.3. Перечень медицинских организаций и их подразделений, отвечающих условиям для установления коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинским организациям лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, установлен в приложении 3 к настоящему Тарифному соглашению.

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

а) посещения с иными целями (включая врачей-специалистов, установленных приложением 7 к настоящему Тарифному соглашению), в том числе:

- разовые посещения в связи с заболеваниями;
- посещения центров здоровья;
- посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;
- посещения центров амбулаторной онкологической помощи;
- диспансерное наблюдение несовершеннолетних, страдающих отдельными видами хронических инфекционных и неинфекционных заболеваний, а также находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений), за исключением диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

- осмотры перед проведением профилактических прививок;
- медицинское освидетельствование лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

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

- ведение школ для больных сахарным диабетом;

б) обращения в связи с заболеваниями (включая врачей-специалистов, установленных приложением 7 к настоящему Тарифному соглашению);

в) медицинская помощь с применением телемедицинских (дистанционных) технологий - телемедицинское консультирование врачом-специалистом, телемедицинское консультирование консилиумом врачей по профилю медицинской помощи «онкология»;

г) исследования на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа;

д) консультирование медицинским психологом по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и/или состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования;

пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период.

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

медицинской помощи в неотложной форме (включая врачей-специалистов, установленных приложением 7 к настоящему Тарифному соглашению);

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

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

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

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

медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация»;

фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов;

стоматологической помощи, в том числе в неотложной форме;

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

14.6. Численность застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинской организации по состоянию на 01.12.2023 года, базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов, дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях установлены в приложении 6 к настоящему Тарифному соглашению.

Коэффициенты, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, учитывают различия в затратах на оказание медицинской помощи по полу и возрасту, различия в расходах на содержание медицинских организаций, достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, а также расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

14.7. Дифференцированные подушевые нормативы определяются в соответствии с Методикой расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, являющейся приложением 4 к настоящему Тарифному соглашению.

14.8. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования осуществляется с учетом достижения показателей результативности деятельности медицинских организаций. Объем средств на выплаты за достижение показателей результативности деятельности медицинских организаций определяется в размере 5 процентов от объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

Показатели результативности деятельности медицинских организаций с оплатой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях и критерии их оценки установлены в приложении 15 к настоящему Тарифному соглашению.

Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций, в том числе плановые значения по каждому из показателей, а также количество баллов, предусмотренное за достижение соответствующего значения показателя установлены в приложении 16 к настоящему Тарифному соглашению.

Методика расчета объема средств, направляемых медицинским организациям за достижение целевых значений показателей результативности деятельности, установлена в приложении 17 к настоящему Тарифному соглашению.

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

14.10. Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение (комплексное посещение), за обращение (законченный случай) осуществляется за:

- медицинскую помощь, оказанную в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

- медицинскую помощь в неотложной форме;

- отдельные диагностические (лабораторные) исследования: компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала, тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- профилактические медицинские осмотры;

- диспансеризацию и углубленную диспансеризацию, в том числе второй этап диспансеризации и углубленной диспансеризации;

- диспансеризацию для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, в том числе второй этап диспансеризации репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

- диспансерное наблюдение отдельных категорий граждан, в том числе по поводу онкологических заболеваний, сахарного диабета, болезней системы кровообращения;

- медицинскую помощь по профилю «медицинская реабилитация»;

- стоматологическую помощь, в том числе в неотложной форме;

- медицинскую помощь, оказанную в медицинских организациях Ямало-

Ненецкого автономного округа лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

14.11. Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи осуществляется за фактическое количество медицинских услуг, посещений (комплексных посещений), обращений (законченных случаев) по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением в пределах объемов медицинской помощи и финансового обеспечения, распределенных решением Комиссии.

14.12. Тарифы на медицинскую помощь в амбулаторных условиях установлены на:

посещения с иными целями - в приложении 7 к настоящему Тарифному соглашению;

посещения в неотложной форме - в приложении 7 к настоящему Тарифному соглашению;

обращения по поводу заболевания - в приложении 7 к настоящему Тарифному соглашению;

отдельные диагностические (лабораторные) исследования: компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала, тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) - в приложении 8 к настоящему Тарифному соглашению;

исследования на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа, - в приложении 8 к настоящему Тарифному соглашению;

услуги телемедицинского консультирования - в приложении 9 к настоящему Тарифному соглашению;

комплексные посещения при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» в приложении 10 к настоящему Тарифному соглашению;

комплексные посещения при проведении диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан, в том числе по поводу онкологических заболеваний, сахарного диабета, болезней системы кровообращения установлены в приложении 11 к настоящему Тарифному соглашению;

комплексные посещения при проведении школы для больных сахарным диабетом - в приложении 12 к настоящему Тарифному соглашению;

консультирование медицинским психологом - в приложении 13 к настоящему Тарифному соглашению;

условную единицу трудоемкости по стоматологической помощи в приложении 14 к настоящему Тарифному соглашению;

комплексные посещения при проведении профилактических медицинских осмотров - в приложениях 18-21 и 28 к настоящему Тарифному соглашению;

комплексные посещения при проведении первого этапа диспансеризации, осмотры и исследования при проведении второго этапа диспансеризации в приложениях 18-22, 24-27 к настоящему Тарифному соглашению;

комплексные посещения и исследования при проведении первого и второго этапов углубленной диспансеризации - в приложении 23 к настоящему Тарифному соглашению;

комплексные посещения и исследования при проведении первого и второго этапов диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин в приложении 29 к настоящему Тарифному соглашению.

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

14.14. Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение), в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

14.15. Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации взрослого населения считаются завершенными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

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

14.16. Оплата второго этапа диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за осмотры и исследования, выполненные с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния).

14.17. Оплата углубленной диспансеризации осуществляется:

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

аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови);

за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу при проведении первого этапа углубленной диспансеризации: тест с 6 минутной ходьбой, определение концентрации Д - димера в крови;

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

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

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

14.19. Оплата диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья осуществляется:

- за комплексное посещение, включающее исследования и иные медицинские вмешательства при проведении первого этапа диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;

- за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую услугу) при проведении второго этапа диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста, по оценке репродуктивного здоровья.

Проведение диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья осуществляется в соответствии с порядком, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Перечень исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья определен приложением 6 к Программе государственных гарантий.

Тарифы комплексных посещений, исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья установлены в приложении 29 к настоящему Тарифному соглашению.

14.20. Оплата профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, проведенных мобильными медицинскими бригадами или в выходные дни, осуществляется по тарифам на 1 комплексное посещение по профилактическим медицинским осмотрам, на 1

комплексное посещение по диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации с применением коэффициента в размере 1,2.

14.21. Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях осуществляется за комплексное посещение, включающее набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации и Департаментом здравоохранения.

Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации, включающий в среднем 10–12 посещений.

При формировании реестров на оплату оказанной медицинской помощи, код МКБ-10 и степень тяжести состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации определяется на дату начала лечения пациента.

14.22. Оплата случаев диспансерного наблюдения осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядками проведения диспансерного наблюдения, за исключением отдельных диагностических (лабораторных) исследований, по которым установлены тарифы в приложении 8 к настоящему Тарифному соглашению.

Диспансерное наблюдение проводится в порядке, утвержденном Министерством здравоохранения Российской Федерации.

14.23. Проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции и на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа, любым из методов подлежит оплате за счет средств ОМС в случае:

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

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

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

14.24. Оплата проведения школ для больных сахарным диабетом осуществляется за комплексное посещение, включающее установленное нормативными документами количество времени (часов), а также проверку дневников самоконтроля. Среднее количество занятий при проведении обучения одного пациента установлено в приложении 12 к настоящему Тарифному соглашению.

14.25. 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.

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

14.27. При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты отражаются все единицы объема с указанием размеров тарифов, установленных настоящим Тарифным соглашением.

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

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

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

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

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

14.30. Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала) осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний.

14.31. 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;

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;

медицинское наблюдение и контроль за состоянием здоровья лиц, занимающихся спортом и выступающих на соревнованиях в составе сборных команд, оценка уровня их физического развития, выявление состояний и заболеваний, являющихся противопоказаниями к занятиям спортом;

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

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

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

14.33. Оплата стоматологической помощи осуществляется за посещение с профилактической и иными целями, посещение в неотложной форме, обращение по поводу заболевания полости рта, слюнных желез и челюстей, в пределах объемов медицинской помощи и финансового обеспечения, распределенных решением Комиссии.

Стоимость случая оказания стоматологической помощи в амбулаторных условиях формируется исходя из фактического объема оказанных медицинских услуг, выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ) и установленных тарифов за 1 УЕТ, согласно приложению 14 к настоящему Тарифному соглашению.

14.34. Учет выполненных объемов в УЕТ осуществляется в соответствии со средним количеством УЕТ в одной медицинской услуге, применяемым для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, представленном в приложении 14 к настоящему Тарифному соглашению.

14.35. 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.

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

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

15. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

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

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

за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении 13 к территориальной программе государственных гарантий, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

15.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, установлен в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

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

$$СС_{кcg} = БС \times КД \times КЗ_{кcg} \times КС_{кcg} \times КУСмо + БС \times КД^* \times КСЛП$$

где:

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

КЗ_{кcg} – коэффициент относительной затроемкости КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

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

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

КД - коэффициент дифференциации (по Ямало-Ненецкому автономному округу установлен в размере 2,486);

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

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

15.4. Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле и округляется до целого числа:

$$СС_{кcg} = БС \times КЗ_{кcg} \times ((1 - Дзп) + Дзп \times КС_{кcg} \times КУСмо \times КД) + БС \times КД^* \times КСЛП,$$

где:

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

КЗ_{кcg} – коэффициент относительной затроемкости КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

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

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

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

КД - коэффициент дифференциации (по Ямало-Ненецкому автономному округу установлен в размере 2,486);

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

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

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

Слингвые операции при недержании мочи – 30,45%

Операции на женских половых органах:

уровень 5 - 38,49%

уровень 6 - 31,98%

уровень 7 - 33,61%

Лечение дерматозов с применением наружной терапии - 97,47%

Лечение дерматозов с применением наружной терапии, физиотерапии, плазмафереза - 98,49%

Лечение дерматозов с применением наружной и системной терапии - 99,04%

Лечение дерматозов с применением наружной терапии и фототерапии - 98%

Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 7) - 16,23%

Другие операции на органах брюшной полости, дети - 32,42%

Коронавирусная инфекция COVID-19:

уровень 1 - 91,12%

уровень 2 - 61,3%

уровень 3 - 63,24%

уровень 4 - 77,63%

Операции на кишечнике и анальной области (уровень 4) – 33,32%

Прочие операции при ЗНО:

уровень 1 - 28,13%

уровень 2 - 39,56%

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

уровень 1 - 58,94%

уровень 2 - 44,62%

уровень 3 - 39,95%

уровень 4 - 20,78%

уровень 5 - 29,77%

уровень 6 - 10,42%

уровень 7 - 18,31%

уровень 8 - 7,76%

уровень 9 - 6,02%

уровень 10 - 7,08%

уровень 11 - 3,54%

уровень 12 - 3,1%

уровень 13 - 2,8%

уровень 14 - 2,24%

уровень 15 - 1,88%

уровень 16 - 1,62%

уровень 17 - 1,37%

уровень 18 - 1,1%

уровень 19 - 0,61%

Лучевая терапия (уровень 8) - 8,58%

Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией:

уровень 2 - 87,08%

уровень 3 - 88,84%

уровень 4 - 87,05%

уровень 5 - 88,49%

уровень 6 - 46,03%

уровень 7 - 26,76%

ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1-3) - 75,76%

ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые:

уровень 1 - 34,68%

уровень 2 - 54,54%

уровень 3 - 62,75%

уровень 4 - 5,02%

уровень 5 - 16,99%

уровень 6 - 26,29%

Замена речевого процессора - 0,74%

Операции на органе зрения:

(факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ) – 14,38%

Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 7) - 20,13%

Другие операции на органах брюшной полости:

уровень 4 - 34,65%

уровень 5 - 38,58%

Экстракорпоральная мембранная оксигенация – 27,22%

Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами:

уровень 1 – 0%

уровень 2 – 0%

уровень 3 – 0%

Радиойодтерапия - 70,66%

Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции:

уровень 1 - 5,85%

уровень 2 - 4,58%

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

инициация или замена - 34,5%

уровень 1 - 54,58%

уровень 2 - 41,92%

уровень 3 - 34,06%

уровень 4 - 24,29%

уровень 5 - 19,35%

уровень 6 - 16,46%

уровень 7 - 14,09%

уровень 8 - 12,87%

уровень 9 - 10,94%
уровень 10 - 9,46%
уровень 11 - 7,83%
уровень 12 - 7,32%
уровень 13 - 5,61%
уровень 14 - 4,55%
уровень 15 - 3,21%
уровень 16 - 1,76%
уровень 17 - 1,14%
уровень 18 - 0,9%
уровень 19 - 0,56%
уровень 20 - 0,28%

Посттрансплантационный период после пересадки костного мозга - 62,44%.

15.5. Коэффициент уровня медицинских организаций установлен в приложении 31 к настоящему Тарифному соглашению.

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

Перечень КСГ, к которым не применяется уровень медицинских организаций, указаны в приложении 30 к настоящему Тарифному соглашению.

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

КСЛП устанавливается на основании объективных критериев, перечень которых определен в приложениях 32, 32.1, 32.2, 32.3 к настоящему Тарифному соглашению.

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных приложением 32 к настоящему Тарифному соглашению, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным «0».

При расчете тарифа на оплату медицинской помощи значения КСЛП применяются к размеру базовой ставки, скорректированному с учетом коэффициента дифференциации (2,486), за исключением КСЛП при проведении сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных образованиях у взрослых.

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

15.7. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся (далее - прерванный случай):

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;

5. случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;

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

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

8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1-7 настоящего пункта) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, приведенных в приложении 13 к территориальной программе государственных гарантий и приложении 30 к настоящему Тарифному соглашению;

9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 с длительностью лечения менее количества дней, установленных в таблице:

№ п/п	Код КСГ	Наименование КСГ	Минимальная длительность законченного случая лечения
1	st37.002	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (4 балла по ШРМ)	14 дней
2	st37.003	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (5 баллов по ШРМ)	20 дней
3	st37.006	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (4 балла по ШРМ)	12 дней
4	st37.007	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (5 баллов по ШРМ)	18 дней
5	st37.024	Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы	30 дней
	st37.025	Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы	

	st37.026	Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы и с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (сестринский уход)	
--	----------	--	--

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, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации по двум и более КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум и более КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2-9 пункта 15.8 Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2-4 настоящего пункта.

Приложением 13 к территориальной программе государственных гарантий и приложением 30 к настоящему Тарифному соглашению определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

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

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

при длительности лечения 3 дня и менее – 80 % от стоимости КСГ;

при длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости КСГ.

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

при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;

при длительности лечения более 3-х дней – 60% от стоимости КСГ.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по

основаниям, изложенным в подпунктах 7 и 9 настоящего пункта, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Размер оплаты прерванных случаев установлен в приложении 30 к настоящему Тарифному соглашению.

15.8 Оплата медицинской помощи, оказываемой пациентам одновременно по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

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

оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по основаниям, установленным пунктом 15.7 Тарифного соглашения.

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

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

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

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

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

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

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;
- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;
- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;
- O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

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

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

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

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

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

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

15.10 При оказании пациенту медицинской помощи в стационарных условиях с одновременным проведением услуг диализа, оплата медицинской помощи осуществляется по тарифу соответствующей КСГ или группе высокотехнологичной медицинской помощи в рамках одного случая лечения и дополнительно за фактически выполненные услуги диализа.

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

15.11 Оплата случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ-10, модели пациента, вида и метода лечения аналогичным параметрам, установленным перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, и являющимся приложением 14 к территориальной программе государственных гарантий.

В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует перечню высокотехнологичной медицинской помощи, оплата случая оказания осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых технологий.

15.12 Тарифы на высокотехнологичную медицинскую помощь рассчитаны с учетом применения коэффициента дифференциации к доле заработной платы в

составе норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденных Программой государственных гарантий.

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

1 группа – 35 %; 2 группа – 41 %; 3 группа – 17 %; 4 группа – 31 %; 5 группа – 23 %; 6 группа – 32 %; 7 группа – 7 %; 8 группа – 52 %; 9 группа – 35 %; 10 группа – 50 %; 11 группа – 29 %; 12 группа – 26 %; 13 группа – 21 %; 14 группа – 18 %; 15 группа – 18 %; 16 группа – 39 %; 17 группа – 30 %; 18 группа – 23 %; 19 группа – 32 %; 20 группа – 28 %; 21 группа – 56 %; 22 группа – 38 %; 23 группа – 24 %; 24 группа – 39 %; 25 группа – 37 %; 26 группа – 36 %; 27 группа – 27 %; 28 группа – 21 %; 29 группа – 46 %; 30 группа – 37 %; 31 группа – 36 %; 32 группа – 26 %; 33 группа – 33 %; 34 группа – 40 %; 35 группа – 23 %; 36 группа – 35 %; 37 группа – 23 %; 38 группа – 20 %; 39 группа – 32 %; 40 группа – 31 %; 41 группа – 29 %; 42 группа – 37 %; 43 группа – 57 %; 44 группа – 51 %; 45 группа – 45 %; 46 группа – 56 %; 47 группа – 47 %; 48 группа – 35 %; 49 группа – 20 %; 50 группа – 18 %; 51 группа – 15 %; 52 группа – 11 %; 53 группа – 10 %; 54 группа – 9 %; 55 группа – 18 %; 56 группа – 16 %; 57 группа – 39 %; 58 группа – 18 %; 59 группа – 53 %; 60 группа – 20 %; 61 группа – 38 %; 62 группа – 18 %; 63 группа – 11 %; 64 группа – 53 %; 65 группа – 19 %; 66 группа – 16 %; 67 группа – 26 %; 68 группа – 34 %; 69 группа – 24 %; 70 группа – 46 %; 71 группа – 9 %; 72 группа – 32 %; 73 группа – 33 %; 74 группа – 30 %; 75 группа – 33 %; 76 группа – 38 %; 77 группа – 21 %; 78 группа – 28 %; 79 группа – 33 %; 80 группа – 18 %; 81 группа – 33 %.

Тарифы на высокотехнологичную медицинскую помощь установлены в приложении 34 к настоящему Тарифному соглашению.

15.13. В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи с применением метода лечения, включенного в Перечень видов ВМП (Приложение N 1 к Программе государственных гарантий), либо после оказания высокотехнологичной медицинской помощи определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения как для специализированной, так и для высокотехнологичной медицинской помощи, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

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

Кратность применения КСГ «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции» должна соответствовать количеству введений паливизумаба для проведения иммунизации за весь период госпитализации.

15.14. В случае оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями при назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов, указанных в приложении 33 к настоящему Тарифному соглашению, для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований и (или) иммуногистохимических исследований (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии). (в редакции дополнительного соглашения № 5 от 26.07.2024)

15.15. Оказание медицинской помощи в стационарных условиях в отделениях акушерского (сестринского) ухода женщинам в период беременности, проживающим в районах, отдаленных от акушерских стационаров и не имеющих прямых показаний для направления в отделение патологии беременности, но нуждающихся в медицинском наблюдении для предотвращения развития возможных осложнений подлежит оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.

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

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

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

16. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

16.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, осуществляется:

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

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае

прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением 13 к территориальной программе государственных гарантий, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

16.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, установлен в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

16.3. Стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ (за исключением случаев оказания медицинской помощи по отдельным группам заболеваний, состояний, порядок оплаты которых установлен пунктом 16.4. Тарифного соглашения), определяется по следующей формуле и округляется до целого числа:

$$\text{СС}_{\text{КСГ}} = \text{БС} \times \text{КД} \times \text{КЗ}_{\text{КСГ}} \times \text{КС}_{\text{КСГ}} \times \text{КУС}_{\text{Мо}} + \text{БС} \times \text{КД}^* \times \text{КСЛП}$$

где:

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

КД - коэффициент дифференциации (по Ямало-Ненецкому автономному округу установлен в размере 2,486);

КЗ_{КСГ} – коэффициент относительной затратноемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения;

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

КУС_{Мо} – коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в условиях дневного стационара (установлен для всех медицинских организаций в размере 1,000);

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента, применяемый к случаям оказания медицинской помощи.

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

16.4. Стоимость одного случая лечения по КСГ, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле округляется до целого числа:

$$\text{СС}_{\text{КСГ}} = \text{БС} \times \text{КЗ}_{\text{КСГ}} \times ((1 - \text{Дзп}) + \text{Дзп} \times \text{КС}_{\text{КСГ}} \times \text{КУС}_{\text{Мо}} \times \text{КД}) + \text{БС} \times \text{КД}^* \times \text{КСЛП}$$

где:

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

КЗ_{КСГ} – коэффициент относительной затратноемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения;

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

КД - коэффициент дифференциации (по Ямало-Ненецкому автономному округу установлен в размере 2,486);

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

КУСмо – коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в условиях дневного стационара (установлен для всех медицинских организаций в размере 1,000);

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

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

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

Экстракорпоральное оплодотворение:

уровень 1 - 18,93%

уровень 2 - 24,1%

уровень 3 - 21,02%

уровень 4 - 20,44%

Лечение дерматозов с применением наружной терапии - 97,44%

Лечение дерматозов с применением наружной терапии, физиотерапии, плазмафереза - 96,3%

Лечение дерматозов с применением наружной и системной терапии - 98,27%

Лечение дерматозов с применением наружной терапии и фототерапии - 98,2%

Лечение хронического вирусного гепатита С:

уровень 1 – 11,26%

уровень 2 – 7,83%

уровень 3 – 5,30%

уровень 4 – 3,86%

Вирусный гепатит В хронический без дельта агента, лекарственная терапия – 71,53%

Вирусный гепатит В хронический с дельта агентом, лекарственная терапия – 7,74%

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

уровень 1 - 30,02%

уровень 2 - 18,02%

уровень 3 - 24,72%

уровень 4 - 23,33%

уровень 5 - 43,50%

уровень 6 - 10,53%

уровень 7 - 7,12%

уровень 8 - 15,95%

уровень 9 - 25,57%
уровень 10 - 23,83%
уровень 11 - 12,39%
уровень 12 - 3,49%
уровень 13 - 14,59%
уровень 14 - 3,57%
уровень 15 - 4,96%
уровень 16 - 7,49%
уровень 17 - 5,71%
уровень 18 - 0,3%
уровень 19 - 0,31%

Лучевая терапия (уровень 8) - 3,66%

Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией:

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

ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые
(уровень 1 - 4) - 53,47%

ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые:

уровень 1 - 8,46%
уровень 2 - 20,75%
уровень 3 - 30,7%
уровень 4 - 37,88%
уровень 5 - 0,82%
уровень 6 - 2,51%
уровень 7 - 5,81%
уровень 8 - 9,09%

Замена речевого процессора - 0,23%

Операции на органе зрения:

(факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ) – 10,32%

Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции:

уровень 1 - 1,09%
уровень 2 - 0,51%

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

инициация или замена - 17,94%

уровень 1 - 4,66%
уровень 2 - 3,1%
уровень 3 - 1,88%
уровень 4 - 1,44%
уровень 5 - 1,3%
уровень 6 - 0,99%
уровень 7 - 3,38%
уровень 8 - 0,79%
уровень 9 - 4,69%
уровень 10 - 0,7%

уровень 11 - 0,87%
 уровень 12 - 2,22%
 уровень 13 - 0,94%
 уровень 14 - 0,36%
 уровень 15 - 0,72%
 уровень 16 - 0,39%
 уровень 17 - 2,82%
 уровень 18 - 0,07%
 уровень 19 - 0,03%
 уровень 20 - 0,02%.

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

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

КСЛП устанавливается на основании объективных критериев, перечень которых определен в приложениях 32 и 32.3 к настоящему Тарифному соглашению.

При расчете тарифа на оплату медицинской помощи значения КСЛП применяются к размеру базовой ставки, скорректированному с учетом коэффициента дифференциации (2,486).

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных приложением 32 к настоящему Тарифному соглашению, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным «0».

16.7. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся летальным исходом;
7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1-7 настоящего пункта) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, приведенных в приложении 13 к территориальной программе государственных гарантий и

приложении 35 к настоящему Тарифному соглашению.

9. случаи лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.016-ds12.021 с длительностью лечения менее количества дней, установленных в таблице:

№ п/п	Код КСГ	Наименование КСГ	Минимальная длительность законченного случая лечения
1	ds12.016	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 1)	28 дней
2	ds12.017	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 2)	28 дней
3	ds12.018	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 3)	28 дней
4	ds12.019	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 4)	28 дней
5	ds12.020	Вирусный гепатит В хронический без дельта агента, лекарственная терапия	30 дней
6	ds12.021	Вирусный гепатит В хронический с дельта агентом, лекарственная терапия	30 дней

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, что не соответствует критериям оплаты случая лечения по двум и более КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум и более КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2-5 пункта 16.8 Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2-4 настоящего пункта.

Приложением 13 к территориальной программе государственных гарантий и приложением 35 к настоящему Тарифному соглашению определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи

оплачивается как прерванный на общих основаниях.

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

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

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

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

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

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

Размер оплаты прерванных случаев установлен в приложении 35 к настоящему Тарифному соглашению.

16.8. Оплата медицинской помощи, оказываемой пациентам одновременно по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ - 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по основаниям, установленным пунктом 16.7 Тарифного соглашения;

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

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

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

5. Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих

в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации.

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

16.9. При оказании пациенту медицинской помощи в условиях дневного стационара с одновременным проведением услуг диализа, оплата медицинской помощи осуществляется по тарифу соответствующей КСГ или группе высокотехнологичной медицинской помощи в рамках одного случая лечения и дополнительно за фактически выполненные услуги диализа.

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

16.10. В случае оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями при назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов, указанных в приложении 33 к настоящему Тарифному соглашению, для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований и (или) иммуногистохимических исследований (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии). (в редакции дополнительного соглашения № 5 от 26.07.2024)

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

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

17. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

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

по подушевому нормативу финансирования;

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

17.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, установлен в

приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

17.3. Объем средств на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает расходы на оплату скорой медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорой (специализированной) медицинской помощи, оказываемой в экстренной и неотложной формах.

17.4. Объем средств на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, не включает расходы на:

оплату вызовов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии;

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

17.5. Численность застрахованных лиц на территории обслуживания скорой медицинской помощи по состоянию на 01.12.2023 года, базовый (средний) подушевой норматив финансирования, коэффициенты, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования, дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи установлены в приложении 39 настоящего Тарифного соглашения.

17.6. Дифференцированные подушевые нормативы рассчитываются в соответствии с Методикой определения дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, являющейся приложением 37 к настоящему Тарифному соглашению.

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

17.8. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной пациентам при остром коронарном синдроме с проведением тромболитической терапии, осуществляется за фактическое количество вызовов по тарифу, установленному приложением 40 к настоящему Тарифному соглашению.

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

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

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

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

18. 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.

19. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи по всем условиям оказания, утвержденные настоящим Тарифным соглашением применяются в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Ямало-Ненецкого автономного округа лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

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

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

21.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет ~~22 494,68~~ **22 095,96** рублей. (в редакции дополнительного соглашения № 1 от 04.03.2024)

21.2. Размер базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по медицинской помощи в амбулаторных условиях составляет 3 417,31 рублей.

21.3. Значения половозрастных коэффициентов в разрезе половозрастных групп населения, коэффициентов, применяемых к базовому подушевому нормативу финансирования, и дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц по медицинской помощи в амбулаторных условиях установлены в приложениях 5 и 6 к настоящему Тарифному соглашению.

21.4. Значение коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, применяемых к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации (фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов), учитывающих критерии соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению установлены в приложении 2 к настоящему Тарифному соглашению.

21.5. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи:

а) тарифы посещений с иными целями, посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме, обращений в связи с заболеваниями (законченный случай) в амбулаторных условиях, установлены в приложении 7 к настоящему Тарифному соглашению;

б) тарифы на отдельные диагностические (лабораторные) исследования, проводимые в амбулаторных условиях, установлены в приложении 8 к настоящему Тарифному соглашению;

в) тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий в амбулаторных условиях установлены в приложении 9 к настоящему Тарифному соглашению;

г) тарифы на оплату медицинской помощи по профилю «медицинская

реабилитация» в амбулаторных условиях установлены в приложении 10 к настоящему Тарифному соглашению;

д) тарифы на оплату проведения диспансерного наблюдения в амбулаторных условиях установлены в приложении 11 к настоящему Тарифному соглашению;

е) тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках ведения школ для больных сахарным диабетом установлены в приложении 12 к настоящему Тарифному соглашению;

ж) тарифы на оплату проведения консультирования медицинским психологом в амбулаторных условиях установлены в приложении 13 к настоящему Тарифному соглашению;

з) тарифы УЕТ по стоматологической помощи в амбулаторных условиях установлены в приложении 14 к настоящему Тарифному соглашению;

и) тарифы комплексных посещений при проведении профилактических медицинских осмотров и первого этапа диспансеризации в определенные возрастные периоды взрослого населения установлены в приложениях 18-21 к настоящему Тарифному соглашению;

к) тарифы осмотров и исследований при проведении второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения установлены в приложении 22 к настоящему Тарифному соглашению;

л) тарифы исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации установлены в приложении 23 к настоящему Тарифному соглашению;

м) тарифы комплексных посещений при проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, установлены в приложениях 24 и 25 к настоящему Тарифному соглашению;

н) тарифы комплексных посещений при проведении диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью установлены в приложениях 26 и 27 к настоящему Тарифному соглашению;

о) тарифы комплексных посещений при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних установлены в приложении 28 к настоящему Тарифному соглашению;

п) тарифы исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья установлены в приложении 29 к настоящему Тарифному соглашению.

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

22.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС составляет ~~24 494,67~~ 23 243,61 рубля; (в редакции дополнительного соглашения № 1 от 04.03.2024)

22.2. Перечень клинико-статистических групп, базовая ставка финансового

обеспечения, коэффициенты относительной затратно-емкости для определения стоимости медицинской помощи в стационарных условиях, установлены в приложении 30 к настоящему Тарифному соглашению.

22.3. Размер базовой ставки финансового обеспечения медицинской помощи в стационарных условиях составляет 86,08 процентов от норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации, установленного территориальной программой ОМС.

22.4. Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях установлены в приложении 31 к настоящему Тарифному соглашению.

22.5. Коэффициенты сложности лечения пациента, применяемые к отдельным случаям оказания медицинской помощи в стационарных условиях, и критерии их применения установлены в приложениях 32, 32.1, 32.2, 32.3 к настоящему Тарифному соглашению.

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

23. Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

23.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС составляет ~~6 258,84~~ 5 991,22 рублей. **в редакции дополнительного соглашения № 1 от 04.03.2024)**

23.2. Перечень клинико-статистических групп, базовая ставка финансового обеспечения и коэффициенты относительной затратно-емкости для определения стоимости медицинской помощи в условиях дневного стационара установлены в приложении 35 к настоящему Тарифному соглашению.

23.3. Размер базовой ставки финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара составляет 64,24 процента от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения, установленного территориальной программой ОМС.

23.4. Коэффициенты сложности лечения пациента, применяемые к отдельным случаям оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара, и критерии их применения установлены в приложениях 32 и 32.3 к настоящему Тарифному соглашению.

23.5. Базовая стоимость на оплату услуг диализа, коэффициенты относительной затратно-емкости, применяемые к базовой стоимости, установлены в приложении 36 к настоящему Тарифному соглашению.

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

24.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет ~~3 404,00~~ 3 298,92 рублей. **(в редакции дополнительного**

соглашения № 1 от 04.03.2024)

24.2. Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, составляет 1 329,45 рублей в год.

24.3. Значения половозрастных коэффициентов в разрезе половозрастных групп населения, коэффициентов, применяемых к базовому подушевому нормативу финансирования, значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи установлены в приложениях 38 и 39 к настоящему Тарифному соглашению.

24.4. Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи (вызов) установлены в приложении 40 к настоящему Тарифному соглашению.

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

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

25.2. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 400 тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

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

- врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

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

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

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

- фельдшерам, выполняющим работу разъездного характера, заведующим и фельдшерам фельдшерских здравпунктов;

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

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

25.4 За счет средств обязательного медицинского страхования в рамках территориальной программы ОМС осуществляется финансовое обеспечение патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и/или состояний, включенных в территориальную программу ОМС, в указанные медицинские организации.

**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**

26. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам осуществляется СМО и Фондом в соответствии с Порядком контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в соответствии со статьей 40 Федерального закона № 326-ФЗ.

27. Размеры подушевых нормативов финансирования в разрезе условий оказания медицинской помощи, применяемые для расчета штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в рамках базовой программы ОМС, установлены в соответствии с территориальной программой государственных гарантий и составляют:

- по медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях – 22 494,68 рубля;

- по медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях – 24 494,67 рубля;

- по медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара – 6 258,84 рублей;

- по скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации 3 404,00 рубля.

28. Размер средств, подлежащих удержанию с медицинских организаций по результатам экспертиз, определяется СМО и Фондом в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате (уменьшения оплаты) медицинской помощи, значений 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, установленных в приложении 41 к настоящему Тарифному соглашению.

V. Заключительные положения

29. Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания представителями Сторон и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2024 года.

30. Тарифное соглашение действует до принятия нового Тарифного соглашения.

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

32. Изменения в настоящее Тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение 2024 года, возможны при наличии источника финансового обеспечения.

33. Неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения являются следующие приложения:

приложение 1 «Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ямало-Ненецкого автономного округа, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты медицинской помощи»;

приложение 1.1. «Перечень медицинских организаций, осуществляющих проведение процедуры экстракорпорального оплодотворения в рамках реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа»; (в редакции дополнительного соглашения № 2 от 01.04.2024)

приложение 2 «Перечень фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого

населения и размер их финансового обеспечения» (в редакции дополнительного соглашения № 2 от 01.04.2024, № 8 от 31.10.2024);

приложение 3 «Перечень медицинских организаций и их подразделений, отвечающих условиям для установления коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинским организациям лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек»;

приложение 4 «Методика расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях»;

приложение 5 «Половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения в амбулаторных условиях»;

приложение 6 «Дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях и коэффициенты, применяемые для расчета дифференцированного подушевого норматива»;

приложение 7 «Тарифы посещений с иными целями, посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме, обращений в связи с заболеваниями (законченный случай) в амбулаторных условиях»;

приложение 8 «Тарифы на отдельные диагностические (лабораторные) исследования, проводимые в амбулаторных условиях»;

приложение 9 «Тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий в амбулаторных условиях»;

приложение 10 «Тарифы на оплату медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях»;

приложение 11 «Тарифы на оплату проведения диспансерного наблюдения в амбулаторных условиях»;

приложение 12 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках ведения школ для больных сахарным диабетом»;

приложение 13 «Тарифы на оплату проведения консультирования медицинским психологом в амбулаторных условиях»;

приложение 14 «Тариф УЕТ и среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях»;

приложение 15 «Показатели результативности деятельности медицинских организаций с оплатой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях и критерии их оценки»;

приложение 16 «Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций»;

приложение 17 «Методика расчета объема средств, направляемых медицинским организациям за достижение целевых значений показателей результативности деятельности»;

приложения 18 и 19 «Тарифы комплексных посещений при проведении профилактических медицинских осмотров и первого этапа диспансеризации в определенные возрастные периоды женщинам и мужчинам в возрасте от 18 до

64 лет включительно» (в редакции дополнительного соглашения № 7 от 24.09.2024);

приложения 20 и 21 «Тарифы комплексных посещений при проведении профилактических медицинских осмотров и первого этапа диспансеризации в определенные возрастные периоды женщинам и мужчинам в возрасте 65 лет и старше» (в редакции дополнительного соглашения № 7 от 24.09.2024);

приложение 22 «Тарифы осмотров и исследований при проведении второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

приложение 23 «Тарифы исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации»;

приложения 24 и 25 «Тарифы комплексных посещений при проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»;

приложения 26 и 27 «Тарифы комплексных посещений при проведении диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью»;

приложение 28 «Тарифы комплексных посещений при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»;

приложение 29 «Тарифы исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья»;

приложение 30 «Базовая ставка финансового обеспечения и коэффициенты относительной затроемкости по клинко-статистическим группам заболеваний по медицинской помощи в стационарных условиях»;

приложение 31 «Коэффициенты уровня медицинских организаций в стационарных условиях»;

приложение 32 «Коэффициенты сложности лечения пациента, применяемые к отдельным случаям оказания медицинской помощи»;

приложение 32.1. «Перечень сочетанных (симультаных) хирургических вмешательств, выполняемых во время одной госпитализации»;

приложение 32.2. «Перечень хирургических вмешательств, при проведении которых одновременно на двух парных органах может быть применен КСЛП»;

приложение 32.3. «Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии, при применении которых может быть применен КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых»;

приложение 33 «Перечень лекарственных препаратов для проведения противоопухолевой лекарственной терапии, при назначении которых необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических и (или) иммуногистохимических исследований»; (в редакции дополнительного соглашения № 5 от 26.07.2024)

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

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

приложение 36 «Тарифы на оплату услуг диализа»;

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

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

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

приложение 40 «Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи»;

приложение 41 «Размеры неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества». (в редакции дополнительного соглашения № 8 от 31.10.2024)

Первый заместитель Губернатора
Ямало-Ненецкого автономного округа _____ И.И. Новосёлова

Директор департамента
здравоохранения Ямало-Ненецкого
автономного округа _____ С.В. Новиков

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Ямало-Ненецкого
автономного округа _____ Т.А. Никитина

Заместитель директора
Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Ямало-Ненецкого
автономного округа _____ Л.М. Романенко

Представитель от региональной
общественной организации
Ямало-Ненецкого автономного округа
«Врачи Ямала» _____ Р.А. Гатаулин

Представитель от региональной
общественной организации
Ямало-Ненецкого автономного округа
«Врачи Ямала» _____ В.В. Баннов

Председатель Салехардской городской
организации профсоюза работников

здравоохранения Российской
Федерации

Е.И. Урсова

Генеральный директор акционерного
общества «Государственная
медицинская страхования компания
«Заполярье»

В.Б. Назмутдинов

Председатель первичной профсоюзной
организации государственного
бюджетного учреждения
здравоохранения Ямало-Ненецкого
автономного округа «Салехардская
станция скорой медицинской помощи»

Р.Р. Санников