

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ  
НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ  
СТРАХОВАНИЮ НА ТЕРРИТОРИИ  
ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ**

г. Иркутск

«30» декабря 2020 года

Сандаков Яков Павлович - министр здравоохранения Иркутской области;

Градобоев Евгений Валерьевич - директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Иркутской области;

Сосова Кристина Вилорьевна - полномочный представитель Всероссийского союза страховщиков по медицинскому страхованию в Иркутской области, директор Иркутского филиала АО "Страховая компания "СОГАЗ-Мед";

Никифорова Светлана Владимировна - председатель Иркутской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации;

Гайдаров Гайдар Мамедович - председатель Правления Иркутского регионального отделения Общероссийской общественной организации "Российское общество по организации здравоохранения и общественного здоровья";

включенные в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Иркутской области (далее - Комиссия) и в дальнейшем именуемые "Стороны", на основании решения, принятого Комиссией, заключили настоящее Тарифное соглашение о нижеследующем:

**Раздел 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области (далее - Тарифное соглашение) заключено на основании статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019г. № 108н (далее - Правила ОМС), Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения.

2. Предметом настоящего Тарифного соглашения являются согласованные Сторонами способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Иркутской области в рамках реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования, являющейся составной частью Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области (далее - Программа), размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, расходование средств обязательного медицинского страхования.

3. Термины и определения, используемые в настоящем Тарифном соглашении:

Медицинские организации - организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы/индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность, имеющие право на осуществление медицинской деятельности (лицензию), включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Иркутской области, на соответствующий календарный год и которым установлены объемы медицинской помощи.

Страховые медицинские организации - страховые медицинские организации, филиалы страховых медицинских организаций, имеющие лицензию на осуществление обязательного медицинского страхования на территории Иркутской области и включенные в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Иркутской области, на соответствующий календарный год.

Объемы медицинской помощи - установленные территориальной программой обязательного

медицинского страхования объемы предоставления медицинской помощи, распределенные Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Иркутской области между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, а также потребности застрахованных лиц в медицинской помощи.

На основании статьи 40 Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Иркутской области, влечет применение к медицинской организации санкций по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющимся приложением к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденному приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019г. № 36, пунктом 148 Правил ОМС, в размере, установленном разделом 4 настоящего Тарифного соглашения.

**Раздел 2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ  
Глава 1. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ  
УСЛОВИЯХ**

1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, приведен в приложении № 1 к Тарифному соглашению (раздел 1).

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), приведен в приложении № 1 к Тарифному соглашению (раздел 2).

2. Оплата медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, осуществляется:

- 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, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии.

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3. В рамках подушевого норматива финансируется первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная специализированная медико-санитарная помощь, оказанная в амбулаторных условиях прикрепившимся застрахованным лицам. Единицей объема медицинской помощи является медицинская услуга, посещение, обращение.

Подушевой норматив включает финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность

поликлиники, а также внешние консультации и обследования (исследования), оказанные в амбулаторных условиях в других медицинских организациях застрахованным лицам.

4. В подушевой норматив не включаются:

- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;

- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;

- расходы на медицинскую помощь, оказанную в неотложной форме;

- расходы на стоматологическую помощь;

- расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

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

5. На основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, определяется средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{AMB} = \frac{(N_o_{PROF} \times N_{fz}_{PROF} + N_o_{O3} \times N_{fz}_{O3} + N_o_{NEOTL} \times N_{fz}_{NEOTL}) \times \text{ЧЗ} - O_{MTP}}{\text{ЧЗ}}$$

где:

$\Phi O_{CP}^{AMB}$  - средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Иркутской области, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$N_o_{PROF}$  - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;

$N_o_{O3}$  - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, обращений;

$N_o_{NEOTL}$  - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;

$N_{fz}_{PROF}$  - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$N_{fz}_{O3}$  - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$N_{fz}_{NEOTL}$

$O_{MTP}$

$\text{ЧЗ}$

- средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

- размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами Иркутской области, рублей;

- численность застрахованного населения, человек.

Учитывая, что Программой средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями ( $N_{fz}_{PROF}$ ), установлен в разрезе трех направлений, его расчет осуществляется по формуле:

$$N_{fz}_{PROF} = \frac{N_o_{PO} \times N_{fz}_{PO} + N_o_{ДИСП} \times N_{fz}_{ДИСП} + N_o_{ПИЦ} \times N_{fz}_{ПИЦ}}{N_o_{PROF}}$$

$N_o_{PO}$  - средний норматив объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, комплексных посещений;

$N_o_{ДИСП}$  - средний норматив объема медицинской помощи для проведения диспансеризации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, комплексных посещений;

$N_o_{ПИЦ}$  - средний норматив объема на посещение с иными целями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;

$N_{fz}_{PO}$  - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$N_{fz}_{ДИСП}$  - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$N_{fz}_{ПИЦ}$  - средний норматив финансовых затрат на посещение с иными целями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей.

6. Определение подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными нормативами.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Иркутской области, в расчете на одно застрахованное

лицо определяется по следующей формуле:

$$ПН_A = \frac{ФО_{CP}^{АМБ} \times Ч_3 - ОС_{ФАП} - ОС_{ИССЛЕД} - ОС_{ПО} - ОС_{ДИСП} - ОС_{НЕОТ}}{Ч_3} \quad Но_{Энд}$$

бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;

средний норматив объема медицинской помощи для проведения эндоскопических диагностических исследований, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;

средний норматив объема медицинской помощи для проведения молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;

средний норматив объема медицинской помощи для проведения гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;

средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения компьютерной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения магнитно-резонансной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения эндоскопических диагностических исследований, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей.

Объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров, рассчитывается по следующей формуле:

$$ОС_{ПО} = Но_{ПО} \times Нф_{ПО} \times Ч_3.$$

ПН<sub>A</sub> подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными нормативами, рублей; Но<sub>МГи</sub>

ОС<sub>ФАП</sub> размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, рублей; Но<sub>Гист</sub>

ОС<sub>ИССЛЕД</sub> размер средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; Но<sub>Фзкт</sub>

ОС<sub>ПО</sub> размер средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; Но<sub>Фзмрт</sub>

ОС<sub>ДИСП</sub> размер средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; Но<sub>Фзузи</sub>

ОС<sub>НЕОТЛ</sub> размер средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; Но<sub>Фзэнд</sub>

Объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, рассчитывается по следующей формуле:

$$ОС_{ИССЛЕД} = (Но_{Кт} \times Нф_{зкт} + Но_{Мрт} \times Нф_{змрт} + Но_{узи} \times Нф_{зузи} + Но_{энд} \times Нф_{зэнд} + Но_{МГи} \times Нф_{зМГи} + Но_{Гист} \times Нф_{зГист}) \times Ч_3, \text{ где:}$$

Но<sub>Кт</sub> средний норматив объема медицинской помощи для проведения компьютерной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований; Но<sub>Фзгист</sub>

Но<sub>Мрт</sub> средний норматив объема медицинской помощи для проведения магнитно-резонансной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;

Но<sub>узи</sub> средний норматив объема медицинской помощи для проведения ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, установленный территориальной программой государственных гарантий

Объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, рассчитывается по следующей формуле:

$$ОС_{дисп} = Н_{одисп} \times Нфз_{дисп} \times Ч_3.$$

Объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи в неотложной форме, рассчитывается по следующей формуле:

$$ОС_{неотл} = Н_{неотл} \times Нфз_{неотл} \times Ч_3.$$

#### 7. Расчет базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

Исходя из подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами (ПНА), оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы, в расчете на одно застрахованное лицо определяется базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗ} = ПН_A - \frac{ОС_{ЕО}}{Ч_3}, \text{ где:}$$

$ПН_{БАЗ}$  - базовый (средний) подушевой норматив финансирования, рублей;

размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Иркутской области (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами), размер средств, направляемых на оплату по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц (включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), рублей.

$ОС_{ЕО}$

- размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Иркутской области (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами), размер средств, направляемых на оплату по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц (включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), рублей.

Среднемесячный подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц ( $ПН_{пн}$ ) определяется путем деления базового (среднего) подушевого норматива финансирования на количество месяцев в расчетном периоде.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оплата которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и оплату труда персонала, приведен в Разделе 1 приложения № 27 к Тарифному соглашению с установленным коэффициентом дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i-

й медицинской организации (при наличии) ( $КД_{ОТ}^i$ ), рассчитанного с учетом объективных критериев (плотность населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности регионов, уровень расходов на содержание медицинских организаций и/или структурных подразделений медицинских организаций (медицинских пунктов, мобильных медицинских бригад, а также подразделений, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, и т.п.), достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации).

#### 8. Расчет дифференцированных подушевых нормативов и поправочного коэффициента.

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы для медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДПН^i = ПН_{ПН} \times КУ_{МО}^i \times КД_{ПВ}^i \times КД_{ОТ}^i \times КД_{СУБ}^i, \text{ где:}$$

$ДПН^i$

дифференцированный подушевой норматив для i-й медицинской организации, рублей;

$КУ_{МО}^i$

коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, к которому относится i-я медицинская организация;

$$КД_{ПВ}^i = \sum_i (КД_{ПВ}^i + Ч_3^i) / Ч_3^i, \text{ где:}$$

$КД_{ПВ}^i$  - половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-й медицинской организации;

$КД_{ПВ}^j$  - половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для j-й половозрастной группы (подгруппы);

$Ч_3^j$  - численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-й медицинской организации, в j-й половозрастной группе (подгруппе), человек;

$Ч_3^i$  - численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-й медицинской организации, человек.

$КД_{СУБ}^i$

районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации или г. Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР, или коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг, установленные для территории, на которой расположена i-я медицинская организация (в соответствии с Требованиями) (применяется в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации).

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{\sum_i (ДПН^i \times Ч_3^i)}{ПН_{ПН} \times Ч_3}$$

Фактический дифференцированный подушевой норматив для медицинской организации, имеющей прикрепленное население, рассчитывается по формуле:

$$ФДПН^i = \frac{ДПН^i}{ПК}, \text{ где:}$$

$ФДПН^i$

фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования i-й медицинской организации, рублей.

9. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях установлены в приложении № 11 к настоящему Тарифному соглашению.

Для установления половозрастных коэффициентов дифференциации при распределении численности застрахованных лиц используются следующие половозрастные группы:

ноль - один год мужчины/женщины (до 1 года);

один год - четыре года - мужчины/женщины;

пять лет - семнадцать лет - мужчины/женщины;

восемнадцать лет - шестьдесят четыре - мужчины/женщины;

шестьдесят пять лет и старше - мужчины/женщины.

10. Обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания 2,9.

11. При оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, в рамках выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи взаимные расчеты могут осуществляться медицинскими организациями (на основании заключенных между ними договоров) и страховыми медицинскими организациями в соответствии с настоящим Тарифным соглашением.

В случае, если взаиморасчеты осуществляются с участием страховых медицинских организаций, медицинской организацией составляется реестр счетов по установленным тарифам с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. Страховые медицинские организации осуществляют оплату медицинской помощи на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, согласованных между медицинскими организациями, что подтверждается подписями руководителей (уполномоченных лиц) медицинских организаций на документе согласования. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации уменьшается на объем средств, причисленных другой медицинской организации за оказанную медицинскую помощь по направлениям, выданным данной медицинской организацией. При этом страховая медицинская организация ежемесячно извещает медицинские организации о размере перечисленных средств, уменьшенных в рамках взаиморасчетов.

12. Оплата тестирования групп риска на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в мазках со слизистой оболочки носа - и ротоглотки методом амплификации производится за отдельную медицинскую услугу медицинским организациям, осуществляющим деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Иркутской области.

В случае высокой загрузки государственных лабораторий медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Иркутской области, допущенных Роспотребнадзором к проведению таких исследований, медицинская организация может заключить договор в том числе с частными лабораториями медицинских организаций, допущенных Роспотребнадзором к проведению таких исследований, по основаниям, предусмотренным частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

## **Глава 2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ**

1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, оплата за которую осуществляется за законченный случай приведен в приложении № 2 к настоящему Тарифному соглашению.

2. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в стационарных условиях медицинских организаций, включенных в Перечень приложения № 2, производится:

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

за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

3. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, на основе КСГ не осуществляется:

- при оказании медицинской помощи по заболеваниям, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации на соответствующий год (далее - Программа), установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

- при проведении услуг диализа, включающих различные методы.

В объем средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и оплачиваемой на основе КСГ, не включаются средства:

- предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;

- предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ заболеваний (в случаях, являющихся исключениями);

- направляемые на формирование нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения среднего поправочного коэффициента по сравнению с запланированным.

4. Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратно-емкость лечения пациентов (классификационных критериев):

a. Диагноз (код по МКБ-10);

b. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017г. № 804н (далее - Номенклатура), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);

c. Схема лекарственной терапии;

d. МНН лекарственного препарата;

e. Возрастная категория пациента;

f. Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ-10);

g. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации;

h. Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);

- i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- j. Пол;
- k. Длительность лечения;
- l) Этап проведения экстракорпорального оплодотворения;
- m) Показания к применению лекарственного препарата;
- n) Степень тяжести заболевания.

5. Процесс отнесения случая к КСГ регламентируется Группировщиком, к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования. Группировщик позволяет каждый случай в реестре пролеченных больных, оплата которого производится в рамках КСГ, отнести к определенной группе на основании классификационных критериев, которые соответствуют этому случаю. Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ-10, являющийся основным поводом к госпитализации.

При определении основных подходов к группировке случаев КСГ применяется "Инструкция по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования", направленная Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее - Инструкция) в электронном виде и которая размещена на официальном сайте Фонда.

6. При наличии хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ заболеваний осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры. В случае применения к пациенту нескольких хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет более высокий коэффициент относительной затратоемкости. В ряде случаев, предусмотренных Инструкцией, отнесение заболевания к той или иной КСГ осуществляется с учетом кода диагноза по МКБ-10.

7. При отсутствии хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10. Если пациенту оказывалось оперативное лечение и затратоемкость КСГ, к которой был отнесен данный случай в соответствии с кодом Номенклатуры, меньше затратоемкости группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом МКБ-10, оплата осуществляется по КСГ с наибольшим коэффициентом.

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

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

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе. Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи согласно приложению № 15 к Тарифному соглашению. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует перечню видов

высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

9. При оплате случаев лечения по профилю "Медицинская реабилитация" для КСГ N st37.001 - st37.013, st37.022-st37.024 – в стационарных условиях критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации. При оценке 4 - 5 - 6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Градации оценки и описание ШРМ приведены в Инструкции. Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

10. При оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в рамках выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи взаимные расчеты могут осуществляться медицинскими организациями (на основании заключенных между ними договоров) и страховыми медицинскими организациями в соответствии с настоящим Тарифным соглашением.

В случае, если взаиморасчеты осуществляются с участием страховых медицинских организаций, медицинской организацией составляется реестр счетов по установленным тарифам с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. Страховые медицинские организации осуществляют оплату медицинской помощи на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, согласованных между медицинскими организациями, что подтверждается подписями руководителей (уполномоченных лиц) медицинских организаций на документе согласования. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации уменьшается на объем средств, причисленных другой медицинской организации за оказанную медицинскую помощь по направлениям, выданным данной медицинской организацией. При этом страховая медицинская организация ежемесячно извещает медицинские организации о размере перечисленных средств, уменьшенных в рамках взаиморасчетов.

### **Глава 3. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, оплата за которую осуществляется за законченный случай приведен в Приложении № 3 к Тарифному соглашению.

2. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в условиях дневного стационара, включенных в Перечень Приложения № 3 производится за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний (далее - КСГ)); за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

3. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, на основе КСГ не осуществляется:- при оказании медицинской помощи по заболеваниям, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации на соответствующий год, установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;- при проведении услуг диализа,

включающих различные методы. В объем средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и оплачиваемой на основе КСГ, не включаются средства:- предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;- предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ заболеваний (в случаях, являющихся исключениями);- направляемые на формирование нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения среднего поправочного коэффициента по сравнению с запланированным.

4. Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоёмкость лечения пациентов (классификационных критериев): а) диагноз (код по МКБ-10); б) хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017г. № 804н (далее - Номенклатура), при наличии); в) схема лекарственной терапии; г) МНН лекарственного препарата; д) возрастная категория пациента; е) сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ-10); ж) оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации; з) длительность непрерывного проведения искусственной вентиляции легких; и) количество дней проведения лучевой терапии (фракций); я) пол; к) длительность лечения; л) Этап проведения экстракорпорального оплодотворения; м) Показания к применению лекарственного препарата; н) Степень тяжести заболевания.

5. Процесс отнесения случая к КСГ регламентируется Группировщиком согласно Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования. Группировщик позволяет каждый случай в реестре пролеченных больных, оплата которого производится в рамках КСГ, отнести к определенной группе на основании классификационных критериев, которые соответствуют этому случаю. Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ-10, являющийся основным поводом к госпитализации. При определении основных подходов к группировке случаев КСГ применяется "Инструкция по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подзаконному нормативу финансирования", направленная Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее - Инструкция) в электронном виде и которая размещена на официальном сайте Фонда.

6. При наличии хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ заболеваний осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры. В случае применения у пациента нескольких хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет более высокий коэффициент относительной затратоёмкости. В ряде случаев, предусмотренных Инструкцией, отнесение заболевания к той или иной КСГ осуществляется с учетом кода диагноза по МКБ-10.

7. При отсутствии хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10. Если пациенту оказывалось оперативное лечение и затратоёмкость группы, к которой был отнесен данный случай в соответствии с кодом Номенклатуры, меньше затратоёмкости группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом МКБ-10, оплата осуществляется по группе с наибольшим коэффициентом. Данный подход не применяется для комбинации КСГ дневного стационара № 6 "Искусственное прерывание беременности" с КСГ дневного стационара № 1 "Осложнения беременности, родов, послеродового периода", при которых наличие операции не позволяет использовать соответствующую им КСГ по диагнозу.

8. При направлении в медицинскую организацию с целью комплексного обследования и/или предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ-10 либо по коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования. После оказания в медицинской организации высокотехнологичной медицинской помощи при наличии показаний пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по КСГ. Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ-10, модели пациента, вида

лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе. Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи согласно приложению № 15 к Тарифному соглашению. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

9. При оплате случаев лечения по профилю "Медицинская реабилитация" для КСГ №№ ds37.001-ds37.008, ds37.016-ds37.017 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации. При оценке 4 - 5 - 6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Градации оценки и описание ШРМ приведены в Инструкции. Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохlearной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. 10. При оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара, в рамках выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи взаимные расчеты могут осуществляться медицинскими организациями (на основании заключенных между ними договоров) и страховыми медицинскими организациями в соответствии с настоящим Тарифным соглашением. В случае, если взаиморасчеты осуществляются с участием страховых медицинских организаций, медицинской организацией составляется реестр счетов по установленным тарифам с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. Страховые медицинские организации осуществляют оплату медицинской помощи на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, согласованных между медицинскими организациями, что подтверждается подписями руководителей (уполномоченных лиц) медицинских организаций на документе согласования. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации уменьшается на объем средств, перечисленных другой медицинской организации за оказанную медицинскую помощь по направлениям, выданным данной медицинской организацией. При этом страховая медицинская организация ежемесячно извещает медицинские организации о размере перечисленных средств, уменьшенных в рамках взаиморасчетов.

#### **Глава 4. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ ВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подзаконному нормативу финансирования скорой медицинской помощи,

оказываемой вне медицинской организации (далее - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи), приведен в приложении № 4 Тарифного соглашения.

2. 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) (далее - СМП), осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи включает финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации).

В подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи не включается оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи при проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других).

3. В реестры счетов на оплату медицинской помощи в обязательном порядке включаются единицы объема оказанной скорой медицинской помощи по тарифам, установленным в Приложении № 5 к настоящему Тарифному соглашению.

4. На основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, определяется средний размер финансового обеспечения СМП в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{ср}}^{\text{СМП}} = \frac{(N O_{\text{СМП}} \times N \text{фз}_{\text{СМП}}) \times \text{Чз} - O C_{\text{МТР}}}{\text{Чз}}, \text{ где:}$$

$\Phi O_{\text{ср}}^{\text{СМП}}$  - средний размер финансового обеспечения СМП в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$N O_{\text{СМП}}$  - норматив объема СМП, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, вызовов;

$N \text{фз}_{\text{СМП}}$  - норматив финансовых затрат на единицу объема СМП, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$O C_{\text{МТР}}$  - размер средств, направляемых на оплату СМП, оказываемой застрахованным лицам за пределами Иркутской области, на территории которой выдан полис обязательного медицинского страхования, за вызов, рублей;

$\text{Чз}$  - численность застрахованного населения Иркутской области, человек.

4.1. Базовый подушевой норматив финансирования СМП рассчитывается исходя из среднего размера финансового обеспечения СМП в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$P \text{н}_{\text{БАЗ}} = \frac{(\Phi O_{\text{ср}}^{\text{СМП}} \times \text{Чз} - O C_{\text{В}})}{\text{Чз}}, \text{ где:}$$

$P \text{н}_{\text{БАЗ}}$  - базовый подушевой норматив финансирования СМП, рублей;

$O C_{\text{В}}$  - размер средств, направляемых на оплату СМП застрахованным лицам в Иркутской области за вызов, рублей.

Среднемесячный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи ( $P \text{н}_{\text{СМП}}$ ) определяется путем деления базового подушевого норматива финансирования СМП на количество месяцев в расчетном периоде (далее - подушевой норматив СМП).

4.2. На основе подушевого норматива СМП, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций (тариф на основе подушевого норматива финансирования) (приложение № 14 к Тарифному соглашению) по следующей формуле:

$$D P \text{н}^i = P \text{н}_{\text{СМП}} \times \text{СКД}_{\text{ИНТ}}^i, \text{ где:}$$

$D P \text{н}^i$  - дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-й группы (подгруппы) медицинских организаций (тариф на основе подушевого норматива), рублей;

$\text{СКД}_{\text{ИНТ}}^i$  - средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, определенный для i-й группы (подгруппы) медицинских организаций.

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи определяется по каждой медицинской организации по следующей формуле:

$$K \text{Д}_{\text{ИНТ}} = K \text{Д}_{\text{ПВ}} \times K \text{Д}_{\text{СУВ}}, \text{ где:}$$

$K \text{Д}_{\text{ИНТ}}$  - интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенной медицинской организации;

$K \text{Д}_{\text{ПВ}}$  - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный соответствующей медицинской организации;

$K \text{Д}_{\text{СУВ}}$  - районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за работу в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории Иркутской области.

Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива определяется путем ранжирования значений интегрированных коэффициентов дифференциации подушевого норматива в группы (подгруппы) медицинских организаций.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования СМП вне медицинской организации, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$P \text{К} = \frac{\sum_i (D P \text{н}^i \times \text{Чз}_3^i)}{P \text{н}_{\text{СМП}} \times \text{Чз}}, \text{ где:}$$

$\text{Чз}_3^i$  - численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-й группе (подгруппе) медицинских организаций, человек.



Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации для группы (подгруппы) медицинских организаций (ФДПн) рассчитывается по формуле:

$$\text{ФДПн}^i = \frac{\text{ДПн}^i}{\text{ПК}}, \text{ где:}$$

$\text{ФДПн}^i$  - фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-й группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей.

#### 5. Расчет финансирования скорой медицинской помощи.

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

$$\text{ФО}_{\text{СМП}} = \text{ФДПн}^i \times \text{Чз}^{\text{от}} + \text{ОС}_в, \text{ где:}$$

$\text{ФО}_{\text{СМП}}$  - размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей;

$\text{Чз}^{\text{от}}$  - численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек.

6. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива учитывают половозрастную структуру населения, обслуживаемого медицинской организацией, оказывающей СМП.

7. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, приведены в приложении № 12 к настоящему Тарифному соглашению.

Для установления половозрастных коэффициентов дифференциации при распределении численности застрахованных лиц используются следующие половозрастные группы:

ноль - один год мужчины/женщины (до 1 года);

один год - четыре года - мужчины/женщины;

пять лет - семнадцать лет - мужчины/женщины;

восемнадцать лет - шестьдесят четыре - мужчины/женщины;

шестьдесят пять лет и старше - мужчины/женщины.

Коэффициенты дифференциации для муниципальных образований Иркутской области рассчитаны в соответствии с пунктом 5 Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденных приказом ФОМС от 21.11.2018г. № 247 (приложение № 6 Тарифного соглашения).

8. Оплата СМП застрахованным лицам, которым полисы обязательного медицинского страхования выданы в других субъектах Российской Федерации, осуществляется по тарифу за вызов скорой медицинской помощи в соответствии с тарифами, установленными в приложении № 5 к настоящему Тарифному соглашению, с применением коэффициентов дифференциации, установленных в приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

9. Транспортировка пациентов, не требующих проведения мероприятий по оказанию СМП, а также применения медицинского оборудования, в том числе на плановую консультацию или на прием к врачу или обследование, перевозка и доставка консультантов, обслуживающего персонала медицинских организаций, медицинских препаратов из одной медицинской организации в другую медицинскую организацию оплачиваются медицинской организацией, инициировавшей данную транспортировку, в рамках заключенных договоров на транспортные услуги.

10. За счет средств обязательного медицинского страхования не оплачивается дежурство бригад СМП при проведении культурно-массовых мероприятий; за оказание помощи лицам, не застрахованным по ОМС; мероприятия в рамках взаимодействия с силовыми структурами; медицинская помощь при обследованиях, не включенных в территориальную программу ОМС.

### **Глава 5. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц (включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи)**

1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного стационара, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц (включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), приведен в приложении № 29 к Тарифному соглашению.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки установлены Приложением № 30.

Подушевой норматив включает финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность медицинской организации, а также внешние консультации и обследования (исследования), оказанные в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара в других медицинских организациях застрахованным лицам, а также средства, направляемые на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

Доля основной части дифференцированного подушевого норматива - 0,99.

Доля стимулирующей части ( $\text{Д}_{\text{ст}}$ ), за выполнение показателей результативности деятельности, - 0,01.

Указанный подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц для медицинской организации складывается из рассчитанного фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц для каждой (i-той) медицинских организаций, включающего медицинскую помощь в неотложной форме, а также объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

2. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию (включенных в приложение №29), применяется способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи.

Из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

### **Глава 6. ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ ФЕЛЬДШЕРСКИМИ И ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИМИ ПУНКТАМИ**

1. Оплата медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, осуществляется по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации.

2. Способ оплаты по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации;

3. Расчет объема финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов приведен в приложении № 28 к настоящему Тарифному соглашению.

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, составляет в среднем на 2021 год:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, - 1 010,7 тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, - 1 601,2 тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, - 1 798,0 тыс. рублей.

При расчете размеров финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов применяются коэффициенты дифференциации согласно приложению № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

Поправочные коэффициенты к размеру финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих менее 100 или более 2000 жителей, а также не соответствующих требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, приведены в приложении № 28 к настоящему Тарифному соглашению.

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

$$OC_{\text{ФАП}}^i = \sum_n (Ч_{\text{ФАП}}^n \times \text{ФРО}_{\text{ФАП}}^n \times \text{ПК}_{\text{ФРО}}^n), \text{ где:}$$

$OC_{\text{ФАП}}^i$	размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i-й медицинской организации;
$Ч_{\text{ФАП}}^n$	число фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n-типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению);
$\text{ФРО}_{\text{ФАП}}^n$	размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа;
$\text{ПК}_{\text{ФРО}}^n$	поправочный коэффициент размера финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов определен Программой, устанавливается значение коэффициента равное 1).

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

### Раздел 3. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи в сфере ОМС определяется в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XII Правил ОМС.

2. Тарифы на оплату медицинской помощи в сфере ОМС, установленные настоящим Тарифным соглашением, применяются для оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках Территориальной программы ОМС лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области, в медицинских организациях в рамках заключенных со страховыми медицинскими организациями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в пределах установленного объема предоставления медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств ОМС. Оплата медицинской помощи, оказанной на территории Иркутской области в рамках базовой программы ОМС лицам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации, осуществляется в порядке, установленном Правилами ОМС, по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

3. Установление тарифов на отдельные медицинские услуги осуществляется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной Приказом Минздрава Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг".

4. Медицинская организация обязана вести раздельный учет средств ОМС, в том числе раздельное ведение бухгалтерского учета поступивших и израсходованных средств ОМС от других источников финансирования (бюджетного, от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности), а также по видам и условиям оказания медицинской помощи ("Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях", "Специализированная медицинская помощь в условиях дневного стационара", "Высокотехнологичная медицинская помощь", "Первичная медико-санитарная помощь и первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях", "Скорая медицинская помощь вне медицинской организации").

5. Средства ОМС учитываются на отдельном лицевом счете государственными бюджетными учреждениями здравоохранения (федерального государственного казенного учреждения здравоохранения), открытым в установленном порядке в органе федерального казначейства или финансовом органе субъекта Российской Федерации, а также отдельном лицевом или расчетном счете государственного автономного учреждения здравоохранения, на отдельном расчетном счете медицинской организации иной формы собственности.

#### Глава 1. ТАРИФЫ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, ОКАЗЫВАЕМУЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Иркутской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования (подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях), составляет 6 511,5 рублей.

1.1. Средний тариф на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований на проведение одного исследования:

- компьютерной томографии – 5 258,6 рублей;

- магнитно-резонансной томографии – 5 938,9 рублей;

- ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 951,5 рубль;

- эндоскопического диагностического исследования - 1 308,2 рублей;  
- молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний – 13 409,2 рублей;  
- патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2 959,1 рублей;  
- тестирование групп риска на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (в целях плановой госпитализации) - 815,3 рублей.

2. Размер подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу, составляет 329,66 рублей на 1 застрахованное лицо в месяц.

3. Расчеты за первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях осуществляются по тарифам стоимости посещения, стоимости медицинской услуги, установленным в приложении № 7 и приложении № 25 к настоящему Тарифному соглашению, с применением коэффициентов дифференциации, установленных в приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

Расчеты за первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях при оплате медицинской помощи в рамках межтерриториальных расчетов и взаимных расчетов между медицинскими организациями осуществляются по тарифам стоимости посещения, стоимости медицинской услуги, установленным в приложении № 7 к настоящему Тарифному соглашению, с применением коэффициентов дифференциации, установленных в приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

4. Стоматологическая помощь оплачивается по стоимости УЕТ 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, в соответствии с приложением № 8 к настоящему Тарифному соглашению, с применением коэффициентов дифференциации, установленных в приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

5. Базовый тариф на оплату диализа (код услуги А18.05.002 "Гемодиализ") составляет 5 949,00 рублей, базовый тариф на оплату перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 "Перитонеальный диализ") составляет 5 086,03 рублей, без учета коэффициента дифференциации. Оплата за проведение планового диализа в амбулаторных условиях осуществляется по стоимости медицинской услуги в соответствии с тарифами, установленными в приложении № 9 к настоящему Тарифному соглашению.

Установленные тарифы рассчитаны с учетом применения коэффициентов относительной затратоемкости, а также коэффициентов дифференциации к стоимости услуги с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи.

6. Оплата медицинских услуг, оказанных в центрах здоровья, которые являются структурными подразделениями медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, осуществляется в рамках подушевого финансирования. Оплата медицинских услуг, оказанных в центрах здоровья, которые являются структурными подразделениями медицинских организаций, не имеющих прикрепленное население, осуществляется по стоимости одного посещения в соответствии с тарифами, установленными в приложении № 7 к настоящему Тарифному соглашению, с применением коэффициентов дифференциации, установленных в приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

7. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения установлены в приложении № 10 к настоящему Тарифному соглашению, с применением коэффициентов дифференциации, установленных в приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

8. Тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований установлены в приложении № 26 к настоящему Тарифному соглашению с применением коэффициентов дифференциации, установленных в приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

## Глава 2. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Иркутской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, составляет 8 183,7 рубля.

2. Перечень клинко-статистических групп заболеваний (КСГ), коэффициенты относительной затратоемкости КСГ, поправочные коэффициенты приведены в приложении № 18 к настоящему Тарифному соглашению.

3. Коэффициенты дифференциации приведены в приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

Коэффициенты дифференциации применяются при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях медицинской организацией (структурным подразделением медицинской организации), расположенной на территории соответствующего муниципального образования Иркутской области.

4. Размер средней стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях, включенного в КСГ (базовая ставка) без учета коэффициента дифференциации, составляет **24 006,72 рублей**. Размер средней стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях, включенного в КСГ (базовая ставка) с учетом коэффициента дифференциации установлен в приложении № 6.

5. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

5.1. Среднее значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях устанавливается в размере:

для медицинских организаций 1-го уровня – 0,95;

для медицинских организаций 2-го уровня - 1,0;

для медицинских организаций 3-го уровня - 1,3,

Распределение медицинских организаций по уровням (подуровням) оказания медицинской помощи в стационарных условиях указано в приложении № 2 к Тарифному соглашению.

Коэффициенты подуровней установлены в приложении № 19 к Тарифному соглашению. Коэффициенты подуровней установлены с учетом уровня расходов на содержание имущества на единицу объема медицинской помощи, достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, утвержденных планом мероприятий ("дорожной картой") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Иркутской области".

Определение групп КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях, осуществляется в соответствии с Инструкцией.

5.2. Коэффициенты сложности лечения пациента (далее - КСЛП) установлены в приложении № 20 к Тарифному соглашению.

КСЛП применяется также при сверхдлительных сроках госпитализации, обусловленных медицинскими показаниями. К сверхдлительным срокам госпитализаций относятся случаи лечения длительностью более 30 дней, за исключением ряда КСГ (перечень представлен в Инструкции), для которых сверхдлительными являются сроки лечения, превышающие 45 дней. Расчет КСЛП для оплаты случаев сверхдлительного пребывания в стационарных условиях осуществляется в соответствии с

Инструкцией.

5.3. Управленческий коэффициент установлен в приложении № 18 к Тарифному соглашению.

6. Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (СС<sub>кcg/кc</sub>) по КСГ (за исключением случаев госпитализаций взрослых с применением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, порядок оплаты которых установлен) определяется по следующей формуле:

$$СС_{кcg/кc} = БС_{кc} \times КЗ_{кcg/кc} \times ПК_{кc} \times КД, \text{ где:}$$

БС<sub>кc</sub> - размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), установленная для условий круглосуточного стационара;

КЗ<sub>кcg/кc</sub> - коэффициент относительной затратноности по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне);

ПК<sub>кc</sub> - поправочный коэффициент оплаты КСГ;

КД - коэффициент дифференциации.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая рассчитывается по следующей формуле:

$$ПК_{кc} = КУ_{кcg/кc} \times КУС_{мо/кc} \times КСЛП_{кc}, \text{ где:}$$

КУ<sub>кcg/кc</sub> - управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации в условиях круглосуточного стационара;

КУС<sub>мо/кc</sub> - коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара для медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КСЛП<sub>кc</sub> - коэффициент сложности лечения пациента.

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

$$СС_{(КСГ)} = БС \times КЗ \times ((1 - Д_{ЗП}) + Д_{ЗП} \times ПК \times КД), \text{ где:}$$

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей;

КЗ - коэффициент относительной затратноности по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации

Д<sub>ЗП</sub> - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ установлена в приложении № 33 к Тарифному соглашению;

ПК - поправочный коэффициент оплаты КСГ;

КД - коэффициент дифференциации

8. Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи и при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований:

8.1. К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения. Перечень групп, по которым необходимо осуществлять оплату в полном объеме независимо от длительности лечения, представлен в приложении № 23 к Тарифному соглашению.

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев

лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

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

- при длительности лечения более 3 дней - 100% от стоимости КСГ.

Если хирургическое лечение 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 дней - 80% от стоимости КСГ.

8.2. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара, в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар, 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 оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев.

При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ-10:

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

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

- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в течение 6 дней и более (за исключением случаев, представленных в Инструкции) с последующим родоразрешением;

- проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

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

9. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, установлены в приложении № 15 к Тарифному соглашению.

10. При проведении в стационарных условиях процедур диализа, включающего различные методы, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу. При этом стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения. Стоимость процедур диализа определяется в соответствии с тарифами, установленными в приложении № 9 к настоящему Тарифному соглашению.

### Глава 3. ТАРИФЫ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, ОКАЗЫВАЕМУЮ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Иркутской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, составляет 1 863,80 рубля.

2. Перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ), коэффициенты относительной затратоемкости КСГ, поправочные коэффициенты приведены в приложении № 21 к Тарифному соглашению.

3. Коэффициенты дифференциации приведены в приложении № 6 к Тарифному соглашению.

Коэффициенты дифференциации применяются при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара медицинской организацией (структурным подразделением медицинской организации), расположенной на территории соответствующего муниципального образования Иркутской области.

4. Размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара, включенного в КСГ (базовая ставка) без учета коэффициента дифференциации, составляет 13 405,05 рублей. Размер средней стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях, включенного в КСГ (базовая ставка) с учетом коэффициента дифференциации установлен в приложении № 6.

5. Поправочные коэффициенты оплаты по КСГ:

5.1. Среднее значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара устанавливаются в размере:

для медицинских организаций 1-го уровня – 0,95;

для медицинских организаций 2-го уровня - 1,0;

для медицинских организаций 3-го уровня - 1,3.

Распределение медицинских организаций по группам (подгруппам) оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара указано в приложении № 3 к Тарифному соглашению.

Коэффициенты подуровней установлены в приложении № 22 к Тарифному соглашению. Коэффициенты подуровней установлены с учетом уровня расходов на содержание имущества на единицу объема медицинской помощи, достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, утвержденных планом мероприятий ("дорожной картой") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Иркутской области".

5.2. Коэффициент сложности лечения пациента установлен в приложении № 20. Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8.

5.3. Управленческий коэффициент установлен в приложении № 21 к Тарифному соглашению.

6. Стоимость одного случая госпитализации в дневном стационаре (СС<sub>ксл/дн</sub>) по КСГ (за исключением случаев госпитализаций взрослых с применением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, порядок оплаты которых установлен) определяется по следующей формуле:

$$СС_{ксл/дн} = БС_{дн} \times КЗ_{ксл/дн} \times ПК_{дн} \times КД_{дн}, \text{ где:}$$

БС<sub>дн</sub> - базовая ставка, установленная для условий дневного стационара;

КЗ<sub>ксл/дн</sub> - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне);

ПК<sub>дн</sub> - поправочный коэффициент оплаты КСГ;

КД<sub>дн</sub> - коэффициент дифференциации.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая рассчитывается по следующей формуле:

$$ПК_{дн} = КУ_{ксл/дн} \times КУ_{Смо/дн} \times КСЛП_{дн}, \text{ где:}$$

КУ<sub>ксл/дн</sub> - управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации в условиях дневного стационара;

КУ<sub>Смо/дн</sub> - коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара для медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КСЛП<sub>дн</sub> - коэффициент сложности лечения пациента.

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

$$СС_{(КСГ)} = БС \times КЗ \times ((1 - Д_{ЗП}) + Д_{ЗП} \times ПК \times КД), \text{ где:}$$

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей;

КЗ - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации

Д<sub>ЗП</sub> - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ установлена в приложении № 34 к Тарифному соглашению;

ПК - поправочный коэффициент оплаты КСГ;

КД - коэффициент дифференциации

8. Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи и при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований:

8.1. К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения. Перечень групп, по которым необходимо осуществлять оплату в полном объеме независимо от длительности лечения, представлен в приложении № 24 к Тарифному соглашению.

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

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

- при длительности лечения более 3 дней - 100% от стоимости КСГ.

Если хирургическое лечение 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 дней - 80% от стоимости КСГ.

8.2. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках дневного стационара, в случае перевода из дневного стационара в круглосуточный стационар, 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 оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев.

При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ-10:

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

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

- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в течение 6 дней и более (за исключением случаев, представленных в Инструкции) с последующим родоразрешением;

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

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

9. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, установлены в приложении № 15 к Тарифному соглашению.

10. При проведении в условиях дневного стационара процедур диализа, включающего различные методы, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу. При этом стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения. Стоимость процедур диализа определяется в соответствии с тарифами, установленными в приложении № 9 к настоящему Тарифному соглашению.

#### **Глава 4. ТАРИФЫ НА СКОРУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, ОКАЗЫВАЕМУЮ ВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Иркутской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования (подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне

медицинской организации), составляет 1 086,93 рублей.

2. Размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, составляет 57,26 рублей на 1 застрахованное лицо в месяц.

3. Тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, указаны в приложении № 5 к настоящему Тарифному соглашению.

#### **Глава 5. Тарифы на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц (включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи)**

1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного стационара, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц (включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Иркутской области, в расчете на 1 застрахованное лицо (подушевой норматив финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи), составляет 4 639,51 рублей, включая выплаты за достижение целевых значений показателей результативности их деятельности (без учета размера средств на финансовое обеспечение фельдшерских фельдшерско-акушерских пунктов).

2. Размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, составляет 989,70 рублей на 1 застрахованное лицо в месяц.

#### **Глава 6. СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

1. Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования Иркутской области и в части базовой программы обязательного медицинского страхования включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи вправе устанавливать Правительство Российской Федерации при утверждении базовой программы обязательного медицинского страхования.

2. Указанные расходы осуществляются в пределах средств, полученных медицинской организацией от страховых медицинских организаций по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в рамках установленных объемов предоставления медицинской помощи застрахованным по ОМС лицам,

оказанной в рамках Территориальной программы ОМС.

3. Расходование средств ОМС (расходы, входящие в структуру тарифа на медицинскую помощь) производится медицинскими организациями по соответствующим статьям (подстатьям) расходов, перечисленных в Указаниях о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденных Министерством финансов Российской Федерации (действующих на дату осуществления расходов медицинской организацией).

4. Расходование средств ОМС на заработную плату осуществляется в пределах фонда оплаты труда в соответствии с утвержденным штатным расписанием персонала медицинской организации, участвующего в оказании медицинских услуг по Территориальной программе ОМС (далее - штатное расписание по ОМС).

В штатное расписание по ОМС включаются должности согласно Номенклатуре должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим и средним профессиональным образованием учреждений здравоохранения, утвержденной Минздравом России, и в соответствии с видами работ (услуг), предусмотренными лицензией медицинской организации.

В штатном расписании должности административно-хозяйственного и общепольничного персонала: руководителей (в т.ч. структурных подразделений), фармацевтического персонала (в т.ч. провизоров, среднего и младшего фармацевтического персонала), специалистов с высшим и средним профессиональным образованием, бухгалтеров, финансистов, программистов, а также дворников, сторожей, водителей, обслуживающего персонала, работников лабораторий, рентгенологических кабинетов, прочих отделений (служб) включаются пропорционально объемам оказанной медицинской помощи (выполняемой работы) за счет средств ОМС и иных источников финансирования.

5. К расходам на заработную плату относятся тарифные ставки, оклады, доплаты и надбавки компенсационного характера, стимулирующие выплаты включенному в штатное расписание по ОМС персоналу, в том числе выплаты стимулирующего характера врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики, семейным врачам, медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, медицинским сестрам участковым врачей-педиатров участковых, медицинским сестрам врачей общей практики, медицинским сестрам семейных врачей за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушеркам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным, за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Установленные размеры ставок, окладов, доплат и надбавок, порядок и условия их осуществления закрепляются в локальных актах медицинской организации по оплате труда и материальному стимулированию медицинских работников. Такие акты должны соответствовать трудовому законодательству и нормативным правовым актам Иркутской области.

6. Расходы на приобретение перевязочных средств, мягкого инвентаря, продуктов питания, медицинского инструментария, прочих материальных запасов производятся в соответствии с нормами и требованиями федеральных нормативных правовых актов и утвержденными стандартами и/или порядками оказания медицинской помощи.

Приобретение лекарственных препаратов осуществляется в рамках Перечней жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (далее - Перечни ЖНВЛП), утвержденных федеральными и областными нормативными правовыми актами.

Состав медицинской укладки выездной бригады скорой медицинской помощи комплектуется лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения в соответствии с федеральными нормативными правовыми актами.

7. При наличии медицинских показаний у пациентов (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) осуществляется приобретение лекарственных препаратов, медицинских изделий и

специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий Перечень ЖНВЛП, стандарт медицинской помощи, но назначенных пациенту - по решению врачебной комиссии.

8. Расходование средств ОМС на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, разрешенных к использованию в соответствии с законодательством Российской Федерации, в целях обеспечения нужд медицинской организации для выполнения Территориальной программы ОМС производится при отсутствии:

- просроченной кредиторской задолженности более 3 месяцев по статьям расходов, входящих в структуру тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС;

- неисполненных требований о возврате нецелевого использования средств ОМС по результатам проверок, проводимых ТФОМС Иркутской области.

При приобретении основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу необходимо руководствоваться ОК 013-2014.

9. Оплате за счет средств обязательного медицинского страхования не подлежат:

9.1. Расходы на проведение капитального ремонта зданий и сооружений, в том числе по составлению и экспертизе проектно-сметной документации. При определении капитального ремонта, а также текущего ремонта следует руководствоваться Положением о проведении планово-предупредительного ремонта производственных зданий и сооружений, утвержденным постановлением Госстроя СССР от 29.12.1973г. № 279, Положением об организации и проведении реконструкции, ремонта и технического обслуживания жилых зданий, объектов коммунального и социально-культурного назначения, утвержденным приказом Госкомархитектуры от 23.11.1988г. № 312.

9.2. Расходы по погашению просроченной кредиторской задолженности, включая финансовые санкции, образовавшейся у медицинской организации до 1 января 2013 года, т.е. до включения в состав финансовых затрат дополнительных статей расходов тарифа на оплату медицинской помощи в сфере ОМС (прочие статьи расходования средств ОМС), в том числе:

- просроченная задолженность по ЖКХ;

- просроченная задолженность за энергоресурсы: электроэнергию, теплоэнергию, газ, мазут, уголь;

- просроченная задолженность бюджетам всех уровней по налогам, сборам и начисленным пеням, штрафам, а также просроченная задолженность по платежам (начисленным пеням и штрафам) в государственные внебюджетные фонды.

9.3. Расходы по социальным, компенсационным выплатам медицинским работникам (в том числе по оплате жилья, коммунальных услуг), финансирование которых осуществляется в рамках утвержденных целевых программ и/или из средств соответствующего бюджета (федерального, областного, муниципального), согласно условиям, предусмотренным нормативными правовыми актами.

9.4. Расходы по заграничным командировкам.

9.5. Расходы на приобретение вакцин для профилактики инфекционных заболеваний у контингентов, подлежащих вакцинации, в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям, протезов (за исключением изделий, предусмотренных Перечнем медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденным распоряжением Правительства РФ от 31.12.2018г. № 3053-р), консервированной крови и плазмы для переливания, крови и компонентов крови, расходы, связанные с трансплантацией органов и/или тканей (за исключением трансплантации, осуществляемой в рамках территориальной программы ОМС), оптических стекол и оправ, кумыса, а также расходы по оплате за сдачу крови донорам, включая питание, расходы на приобретение расходных материалов для зубопротезирования (за исключением зубных протезов для детей-сирот, детей-инвалидов,



детей, оставшихся без попечения родителей), расходы по оплате стоимости лекарств, отпускаемых на льготных условиях при амбулаторном лечении в установленном порядке, расходы на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (за исключением видов высокотехнологичной медицинской помощи, оплачиваемых за счет средств ОМС), на медикаменты и расходные материалы для научных работ.

9.6. Взыскания, в том числе штрафы и другие финансовые санкции, выставленные должностному лицу медицинской организации, взимаемые на основании судебного решения или постановления о назначении административного наказания.

9.7. Расходы по погашению просроченной кредиторской задолженности, образовавшиеся у медицинской организации до ее включения в перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС в случае, если медицинская организация не участвовала в реализации Территориальной программы ОМС в предшествующем году. А также начисленные на указанную просроченную кредиторскую задолженность неустойку (пени, штрафы), проценты за пользование чужими денежными средствами, возмещение убытков, другие виды ответственности за нарушение обязательств.

9.8. Расходы на оплату получения высшего и/или среднеспециального образования, обучения в ординатуре, в интернатуре.

10. За счет средств ОМС, полученных медицинскими организациями, приоритетными расходами являются: расходы на заработную плату; расходы по начислениям на оплату труда; расходы, непосредственно связанные с процессом оказания медицинской помощи застрахованным лицам (в т.ч. приобретение лекарственных препаратов, перевязочных средств, мягкого инвентаря, продуктов питания, медицинского инструментария); расходы на коммунальные платежи; расходы по уплате налогов (сборов).

11. Руководству медицинской организации надлежит обеспечить эффективное расходование средств ОМС, направленное на реализацию прав граждан на получение бесплатной качественной медицинской (в т.ч. лекарственной) помощи в рамках Территориальной программы ОМС, в соответствии со статьями расходов, включенными в структуру тарифа на медицинскую помощь в сфере ОМС. Принимаемые руководителем медицинской организации решения по расходованию средств ОМС не должны способствовать возникновению дебиторской и кредиторской задолженности медицинской организации по расходам.

12. Финансовое обеспечение деятельности отделений (кабинетов, коек) медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь как в рамках Территориальной программы ОМС, так и медицинскую помощь, не включенную в Территориальную программу ОМС, а также платные медицинские услуги, осуществляется пропорционально объемам оказанной медицинской помощи за счет средств ОМС и иных источников финансирования.

13. Финансовое обеспечение расходов медицинской организации, не включенных в структуру тарифа на медицинскую помощь в сфере ОМС, отделений (кабинетов, коек) медицинской организации, не оказывающих медицинскую помощь в рамках Территориальной программы ОМС, за счет средств ОМС не осуществляется.

14. Нецелевым использованием средств ОМС медицинскими организациями является расходование средств ОМС в нарушение требований нормативных правовых актов Российской Федерации и Иркутской области. В случае использования медицинской организацией средств ОМС не по целевому назначению медицинская организация несет ответственность в соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

#### **Раздел 4. РАЗМЕРЫ НЕОПЛАТЫ, НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА**

1. Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:

$$C = H + C_{шт}, \text{ где:}$$

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

C<sub>шт</sub> - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

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

$$H = PT \times K_{но}, \text{ где:}$$

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

K<sub>но</sub> - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи, устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля, предусмотренным в порядке организации и проведения контроля.

3. Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (C<sub>шт</sub>), рассчитывается по формуле:

$$C_{шт} = RP \times K_{шт},$$

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

$$C_{шт} = RP_{А \text{ базовый}} \times K_{шт},$$

где:

RP<sub>А базовый</sub> - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

K<sub>шт</sub> - коэффициент для определения размера штрафа;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

$$C_{шт} = RP_{СМП \text{ базовый}} \times K_{шт},$$

где:

RP<sub>СМП базовый</sub> - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

K<sub>шт</sub> - коэффициент для определения размера штрафа;

3) при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания:

$$C_{шт} = RP_{III \text{ базовый}} \times K_{шт},$$

где:

RP<sub>III базовый</sub> - подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и



условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа;

4) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара:

$$Сшт = РП_{СТ} \times Кшт,$$

где:

РП<sub>СТ</sub> - подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с территориальной программой <1> на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа.

Коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с перечнем оснований.

-----

<1> Подушевой норматив финансирования, установленный в приложении № 11 к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, утвержденной постановлением Правительства Иркутской области от \_\_ декабря 2019 года № \_\_\_\_-пп, на медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС:

- для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях (строка 23);

- для медицинской помощи в условиях дневного стационара (строка 24).

4. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, включающий размеры коэффициентов Кно для определения размера неполной оплаты и Кшт для определения размера штрафа (далее - Перечень):

N п/п	Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Кно для определения размера неполной оплаты	Кшт для определения размера штрафа
Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц			
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:		
1.1.1.	На выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования		0,3
1.1.2.	На выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации		0,3

1.1.3.	Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения		0,3
1.1.4.	Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения		
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.2.1.	Не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания		1,0
1.2.2.	Повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания		3,0
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.3.1.	Не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания		1,0
1.3.2.	Повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)		3,0
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования	1,0	1,0
1.5.	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов <1>, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека <2>, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи	0,5	0,5
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения			
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети "Интернет"		1,0

2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети "Интернет" следующей информации:		
2.2.1.	О режиме работы медицинской организации		0,3
2.2.2.	Об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа), в том числе о сроках ожидания медицинской помощи		0,3
2.2.3.	О видах оказываемой медицинской помощи		0,3
2.2.4.	О критериях доступности и качества медицинской помощи		0,3
2.2.5.	О перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов		0,3
2.2.6.	О перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой <3>		0,3
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях		
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:		
2.4.1.	О режиме работы медицинской организации		0,3
2.4.2.	Об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи		0,3
2.4.3.	О видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации		0,3
2.4.4.	О критериях доступности и качества медицинской помощи		0,3
2.4.5.	О перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов		0,3
2.4.6.	О перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой		0,3
Раздел 3. Нарушения при оказании медицинской помощи			
3.1.	Случаи нарушения врачебной этики и деонтологии медицинскими работниками (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц)	0,1	1,0

3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:		
3.2.1.	Не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица	0,1	
3.2.2.	Приведшее к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях <4>)	0,3	
3.2.3.	Приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях)	0,4	
3.2.4.	Приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях)	0,9	1,0
3.2.5.	Приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях)	1,0	3,0
3.2.6.	Рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций		
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий:		
3.3.1.	Приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях)		
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях)	0,5	
3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение тридцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи	0,3	

	амбулаторно, стационарно (повторная госпитализация); повторный вызов скорой медицинской помощи в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова		
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица	0,8	1,0
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре	0,7	0,3
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям	0,6	
3.9.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях		
3.10.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение аналогичных лекарственных препаратов, связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию оказания медицинской помощи	0,3	
3.11.	Невыполнение по вине медицинской организации патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством <5>		
3.12.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи	0,9	1,0
	Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации		
4.1.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, без объективных причин	1,0	1,0
4.2.	Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи	0,1	
4.3.	Отсутствие в документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство <6> или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях	0,1	
4.4.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переформирование с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания)	0,5	

4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.)	1,0	
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
4.6.1.	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы (в случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующее его замены, страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить) <7>		0,3
4.6.2.	Включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу	1,0	1,0
	Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов		
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
5.1.1.	Наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета	1,0	
5.1.2.	Сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов	1,0	
5.1.3.	Наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение	1,0	
5.1.4.	Некорректное заполнение полей реестра счетов	1,0	
5.1.5.	Заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку)	1,0	
5.1.6.	Дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты	1,0	
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, в том числе:		
5.2.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией	1,0	
5.2.2.	Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.)	1,0	
5.2.3.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации	1,0	

5.2.4.	Наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах	1,0	
5.2.5.	Включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации	1,0	
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе:		
5.3.1.	Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования	1,0	
5.3.2.	Предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования <8>	1,0	
5.3.3.	Включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования)	1,0	
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:		
5.4.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении	1,0	
5.4.2.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении	1,0	
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности, в том числе:		
5.5.1.	Включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации	1,0	
5.5.2.	Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности	1,0	
5.5.3.	Предоставление на оплату реестров счетов в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов)	1,0	
5.6.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи	1,0	
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:		

5.7.1.	Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее)	1,0	
5.7.2.	Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре	1,0	
5.7.3.	Стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией	1,0	
5.7.4.	Стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное в системе обязательного медицинского страхования	1,0	
5.7.5.	Включение в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара, дневного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, дневного стационара, а также консультаций в других медицинских организациях); - дней лечения застрахованного лица в условиях дневного стационара в период пребывания пациента в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях)	1,0	
5.7.6.	Включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения	1,0	
5.8.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом	1,0	

-----

<1> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 12 декабря 2019 г. № 2406-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019 г.).

<2> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2018 г. № 3053-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019 г., № 2, стр. 196).

<3> В соответствии с пунктом 5 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011 г., № 48, стр. 6724; 2013 г., № 48, стр. 6165; 2014, № 49, ст. 6927).

<4> В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011 г., № 48, стр. 6724; 2017 г., № 31, стр. 4791; 2013, № 48, ст. 6165; 2019, № 10, ст. 888).

<5> В соответствии со статьей 67 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011 г., № 48, стр. 6724).

<6> В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011 г., № 48, стр. 6724; 2017 г., № 31, стр. 4791; 2013 г., № 48, ст. 6165; 2019 г., № 10, ст. 888).

<7> Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019г. № 108н.

<8> Под распределенными объемами предоставления медицинской помощи понимаются как количественные показатели объема медицинской помощи, так и стоимость объема медицинской помощи (финансовых средств).

5. Размеры санкций не зависят от формы собственности медицинской организации, предоставляющей медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, и применяются ко всем медицинским организациям, включенным в перечень медицинских организаций (обособленных подразделений), участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области, в том числе Программы обязательного медицинского страхования, и осуществляющим деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

6. 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 применяется при проведении ТФОМС Иркутской области (филиалами ТФОМС Иркутской области) контроля в рамках осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, и по результатам реэкспертизы.

## Раздел 5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу 1 января 2021 года и действует до завершения расчетов за оказанную медицинскую помощь за 2021 год.

2. Рассмотрение вопросов об утверждении, изменении, индексации тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС на территории Иркутской области (полностью или в части) осуществляется по инициативе членов Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Иркутской области (далее - Комиссия) путем направления, мотивированного предложения председателю и/или секретарю Комиссии либо оглашения своих предложений на заседании Комиссии. Принятие Комиссией решения об утверждении, изменении или индексации тарифов производится при наличии источника финансового обеспечения расходов (затрат).

Решение Комиссии об утверждении, изменении, индексации размера тарифов на медицинскую помощь в сфере ОМС, а также иные изменения и дополнения к настоящему Тарифному соглашению оформляются письменно в виде дополнительного соглашения к настоящему Тарифному соглашению и считаются его неотъемлемой частью.

3. Неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения являются следующие приложения:

3.1. Приложение № 1:

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

3.2. Приложение № 2:

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

3.3. Приложение № 3:

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара.

3.4. Приложение № 4:

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации.

3.5. Приложение № 5:

Тарифы на оплату вызовов за скорую медицинскую помощь, оказываемую вне медицинской организации.

3.6. Приложение № 6:

Коэффициенты дифференциации для муниципальных образований Иркутской области, размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), с учетом коэффициента дифференциации.

3.7. Приложение № 7:

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

3.8. Приложение № 8:

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.

3.9. Приложение № 9:

Тарифы на услуги диализа.

3.10. Приложение № 10:

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения.

3.11. Приложение № 11:

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях.

3.12. Приложение № 12:

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации.

3.13. Приложение № 13:

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях.

3.14. Приложение № 14:

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации.

3.15. Приложение № 15:

Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи.

3.16. Приложение № 16:

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации отдельных категорий граждан (детское население).

3.17. Приложение № 17:

Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров.

3.18. Приложение № 18:

Перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ), коэффициенты относительной затратоемкости КСГ, поправочные коэффициенты (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях).

3.19. Приложение № 19:

Коэффициенты подуровня для оплаты медицинской помощи в стационарных условиях.

3.20. Приложение № 20:

Перечень случаев, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента.

3.21. Приложение № 21:

Перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ), коэффициенты относительной затратоемкости КСГ, поправочные коэффициенты (для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара).

3.22. Приложение № 22:

Коэффициенты подуровня для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

3.23. Приложение № 23:

Перечень КСГ круглосуточного стационара, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения.

3.24. Приложение № 24:

Перечень КСГ дневного стационара, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения.

3.25. Приложение № 25:

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема

медицинской помощи - за посещение, за обращение.

3.26. Приложение № 26:

Тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований.

3.27. Приложение № 27:

Перечень медицинских организаций, для которых применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (КДот).

3.28. Приложение № 28:

Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

3.29. Приложение № 29:

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного стационара, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц (включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи).

3.30. Приложение № 30:

Показатели результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного стационара, с оплатой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи.

3.31. Приложение № 31:

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи.

3.32. Приложение № 32:

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи.

3.33. Приложение № 33:

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ дневного стационара.

3.34. Приложение № 34:

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ круглосуточного стационара.

4. В случаях, не предусмотренных Тарифным соглашением, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.


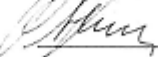
5. С момента оплаты за медицинскую помощь за январь 2021 года утрачивает силу Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области от 27 декабря 2019 года (со всеми дополнительными соглашениями о внесении изменений и дополнений).

6. Настоящее Тарифное соглашение составлено в пяти экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7. Соглашение и дополнительные соглашения к нему заключаются в электронном виде и подписываются Сторонами посредством использования усиленных квалифицированных электронных подписей.

ПОДПИСИ СТОРОН

  
Я.П. Сандаков  
  
К.В. Сосова  
  
Г.М. Гайдаров

  
Е.В. Градобоев  
  
С.В. Никифорова