**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**

**В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**РЕСПУБЛИКИ КАЛМЫКИЯ НА 2022 ГОД**

г. Элиста «10» февраля 2022 года

Мы, нижеподписавшиеся представители сторон:

Министр здравоохранения

Республики Калмыкия Кикенов Ю.В.

Директор Территориального фонда

обязательного медицинского страхования

Республики Калмыкия Якшибаев С.К.

Директор Калмыцкого филиала АО

Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Бадмаев Э.Л.

Председатель Калмыцкой Республиканской

организации Профсоюза работников

здравоохранения Российской Федерации Манжикова Е.Н.

Председатель Региональной Общественной

организации «Врачебная палата

Республики Калмыкия» Батырова З.С.

**1. Общие положения**

Настоящее Тарифное соглашение разработано и заключено в соответствии со [статьей 30](consultantplus://offline/ref=3F67DE85485478C5B4E4E77D863A6948D5A49ED44FE1BBEB73CAE8B6AC400ABEB716632B0B27EC7CD54C4B9C75907645B07AD60A5ADCEF79VAlFF) Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и в целях предоставления гражданам Республики Калмыкия равных условий в получении бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республике Калмыкия (далее - ТП ОМС).

1.2. Предмет соглашения.

1.2.1. Предметом Тарифного соглашения является установление размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи и условий оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования Республики Калмыкия на 2022 год.

1.2.2. Тариф на оплату медицинской помощи - стоимость единицы оплаты медицинской помощи (случая госпитализации, случая лечения заболевания в условиях дневного стационара, посещения, обращения, лечебно-диагностической услуги), определяющая уровень возмещения по статьям расходов медицинских организаций по выполнению территориальной программы ОМС.

1.2.3. Тарифы на оплату медицинской помощи (медицинских услуг), рассчитываются в соответствии с федеральными нормативами финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, предусмотренными ТП ОМС из средств ОМС на 2022 год. Тарифы на медицинские услуги в системе ОМС на 2022 год сформированы с учетом:

- Территориальной [программы](consultantplus://offline/ref=3F67DE85485478C5B4E4F9709056344CD5ACC0D848E2B0B42995B3EBFB4900E9F0593A694F2AEE7FD4471ECD3A912A00E569D70B5ADEEE65ADC96DV0l8F) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Калмыкия на 2022 год и на плановый период 2023 - 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства Республики Калмыкия от 30 декабря 2021 г. № 519;

- видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую [программу](consultantplus://offline/ref=3F67DE85485478C5B4E4E77D863A6948D5A59CD045E3BBEB73CAE8B6AC400ABEB716632B0B27EF7ED24C4B9C75907645B07AD60A5ADCEF79VAlFF) обязательного медицинского страхования постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 г. № 2505 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов";

- рекомендаций, содержащихся в [письме](consultantplus://offline/ref=3F67DE85485478C5B4E4E77D863A6948D5A69AD144E4BBEB73CAE8B6AC400ABEA5163B270A27F17FD5591DCD33VCl5F) Министерства здравоохранении РФ от 13.01.2022 № 11-7/И/2-275 "О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов";

- Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н;

- Методических [рекомендаций](consultantplus://offline/ref=3F67DE85485478C5B4E4E77D863A6948D5A596D745E7BBEB73CAE8B6AC400ABEB716632B0B27EF7ED44C4B9C75907645B07AD60A5ADCEF79VAlFF) по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, одобрено решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (протокол заочного заседания членов рабочей группы от 26 января 2022 года № 66/11/1;

и в соответствии с:

- численностью застрахованных лиц;

- объемами медицинской помощи, утвержденными Комиссией по разработке ТП ОМС (далее - Комиссия) (распределенными по клинико-статистическим группам заболеваний (КСГ); высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов; с учетом врачебных специальностей в амбулаторно-поликлинических учреждениях (подразделениях);

- коэффициентами относительной затратоемкости лечения по группам заболеваний, поправочными коэффициентами оплаты, устанавливаемыми на территориальном уровне;

- показателями доходной части бюджета ТФОМС РК на 2022 год в соответствии с Законом Республики Калмыкия "О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Калмыкия на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов".

Настоящее соглашение распространяет свое действие на всех участников ОМС, участвующих в реализации ТП ОМС.

**2. Способы оплаты медицинской помощи**

В соответствии с ТП ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

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

1) [перечень](consultantplus://offline/ref=3F67DE85485478C5B4E4F9709056344CD5ACC0D848E0B3BC2D95B3EBFB4900E9F0593A694F2AEE7FD4451FC93A912A00E569D70B5ADEEE65ADC96DV0l8F) медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (Приложение № 1), включающий следующие разделы:

1.1) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее – молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях за единицу объема медицинской помощи;

1.2) за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу):

а) 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;

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

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

г) при оплате углубленной диспансеризации.

1.3) по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации (используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами).

2) перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу:

первичная доврачебная медико-санитарная помощь, первичная врачебная медико-санитарная помощь и первичная специализированная медико-санитарная помощь в экстренной и плановой формах в посещениях с профилактической и иными целями и обращениях по заболеваниям, все виды диспансеризации и профилактических медицинских осмотров и оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Расходы на медицинские вмешательства и медицинские услуги, оказываемые пациенту, получающему медицинскую помощь в установленном порядке, за исключением лечебно-диагностических услуг (исследований), на которые настоящим Тарифным соглашением установлены тарифы, включены в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

3) Перечень единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), оплачиваемых по отдельным тарифам за оказанную медицинскую помощь:

а) посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме, которая не включается в подушевой норматив финансирования:

- неотложная медицинская помощь;

- стоматология, стоматология детская, стоматология терапевтическая, стоматология общей практики, стоматология хирургическая, ортодонтия;

- посещение Центра здоровья для проведения первичного комплексного обследования.

б) медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями (структурными подразделениями медицинских организаций), не имеющими прикрепившихся лиц;

в) медицинская помощь, оказываемая Центрами здоровья;

г) проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, рентгеновских услуг с применением телемедицинских технологий;

д) услуги диализа;

е) проведение патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ультразвукового исследования сердечно–сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований;

ж) углубленная диспансеризация.

4) [перечень](consultantplus://offline/ref=3F67DE85485478C5B4E4F9709056344CD5ACC0D848E0B3BC2D95B3EBFB4900E9F0593A694F2AEE7FD4451FC53A912A00E569D70B5ADEEE65ADC96DV0l8F) показателей результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки (включая целевые значения), а также порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за достижение соответствующих показателей (Приложение № 2).

Под термином "посещение" следует понимать прием (осмотр) пациента врачом, ведущим амбулаторный прием, или средним медицинским работником, имеющим среднее медицинское образование, ведущим самостоятельный амбулаторный прием, по любому поводу с последующим назначением лечения, записью данных динамического наблюдения, назначенного обследования, постановкой диагноза и соответствующей записью в амбулаторной карте.

Посещения (два и более) больным в течение одного дня врача одной специальности учитываются и оплачиваются как одно посещение, за исключением посещений:

- случаев оказания медицинской помощи по специальности "стоматология", при условии, что медицинскую помощь оказывают врачи-стоматологи разной специализации;

- посещений врачей-педиатров здравпунктов (медпунктов) дошкольных, школьных и др. образовательных учреждений, являющихся структурными подразделениями МО, при выявлении у детей заболевания, и участкового врача-педиатра МО;

- посещений среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием, в случае посещения пациентом в один день кабинета доврачебного осмотра и смотрового кабинета амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения).

В БУ РК "Республиканская больница им. П. П. Жемчуева" консультация, оказанная сосудистым хирургом, оплачивается по профилю "хирургия" и в случае обращения пациента в один день и к сосудистому хирургу и к общему хирургу, медицинская организация вправе представить к оплате оба посещения по профилю "хирургия".

Районные больницы вправе предъявлять к оплате реестры счетов оказанной помощи детскому населению по специальности "хирургия" в амбулаторных условиях, в условиях стационара и дневного стационара, за исключением диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью. При проведении профилактических осмотров несовершеннолетних участвует врач-хирург, прошедший обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей хирургических заболеваний у детей.

В случае необходимости консультации других специалистов с целью уточнения основного диагноза, посещения данных специалистов представляются к оплате, как разовые посещения по поводу заболевания. При этом даты посещений могут совпадать с датами обращения по основному заболеванию.

К посещениям, подлежащим оплате по тарифу за профилактические посещения, относятся:

- посещения, в связи с наблюдением за нормально протекающей беременностью;

- посещения специалистов в центрах здоровья с целью динамического наблюдения;

- посещения в связи с диспансерным наблюдением;

- посещения с целью патронажа;

- посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;

- осмотры контактных в очаге инфекционного заболевания;

- женщин, обратившихся за направлением на медицинский аборт; по поводу абортов, проводимых в амбулаторных условиях; по поводу применения противозачаточных средств; после абортов, проведенных в стационаре;

- осмотры при решении вопроса о проведении профилактических прививок;

- посещения при оформлении опеки и попечительства;

- посещения по поводу обследования в связи с занятиями спортом;

- другие медицинские осмотры, осуществляемые в соответствии с нормативными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации;

- с иными целями (разовые посещения по поводу заболевания, в том числе с консультативной целью, посещения, связанные с диагностическим обследованием, направлением на консультацию, госпитализацию в круглосуточный или дневной стационар, посещение больного для повторной выписки рецепта, получением справки, санаторно-курортной карты и других медицинских документов).

Обращение в связи с заболеванием включает: первичное и повторные посещения, выполненные медицинскими работниками одной специальности по одному поводу обращения, лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

Обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» включает в среднем   
10–12 посещений.

По стоматологической помощи оплата осуществляется за 1 посещение с профилактической целью и за 1 обращение. УЕТ (условная единица трудозатрат) учитывается для отражения в отчетных формах. Медицинские организации учитывают условные единицы трудоемкости в соответствии со средним количеством УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях (Приложение № 3).

Посещения специалистов в центрах здоровья с целью динамического наблюдения в БУ РК "Республиканский центр специализированных видов медицинской помощи № 2 "Сулда" оплачиваются по тарифу за посещение с профилактической целью врача-терапевта и врача-педиатра. В БУ РК "Республиканский детский медицинский центр имени Манджиевой Валентины Джаловны" посещения специалистов в центрах здоровья с целью динамического наблюдения финансируются по подушевому нормативу на обслуживаемое (прикрепившееся) застрахованное население.

Оплата углубленной диспансеризации осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи – комплексное посещение.

1. За комплексное посещение, включащее исследование и медицинские вмешательства: измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определения активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определения активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови).

2. За единицу объема в рамках проведения углубленной диспансеризации оплачиваются следующие исследования:

- тест с 6 минутной ходьбой;

- определение концентрации Д – димера в крови;

- проведение эхокардиографии в рамках II этапа углубленной диспансеризации;

- проведение компьютерной томографии легких в рамках II этапа углубленной диспансеризации;

- дуплексное сканирование вен нижних конечностей в рамках II этапа углубленной диспансеризации.

Межучрежденческие расчеты осуществляются с использованием двух моделей организации оплаты:

1) Через страховую медицинскую организацию. В таком случае медицинскими организациями составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждую выполненную единицу объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай)) с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. Страховые медицинские организации осуществляют оплату услуг на основании предоставленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации-инициатора оказания медицинской помощи в другой медицинской организации, уменьшается на объем средств, перечисленных медицинской организации, в которой были фактически выполнены отдельные медицинские услуги (медицинские вмешательства, исследования), за выполнение указанных отдельных медицинских услуг по направлениям, выданным данной медицинской организацией. Тарифы для межучрежденческих расчетов приведены в Приложении № 4.

2) В рамках Договоров между медицинскими организациями без участия страховой медицинской организации указанный случай оказания медицинской помощи может быть отражен в реестре счетов только одной медицинской организации. Оплата медицинской помощи в рамках Договоров осуществляется в том числе из средств, направленных страховой медицинской организацией в медицинскую организацию, отражающую указанный случай медицинской помощи в реестрах счетов. Медицинские организации вправе самостоятельно устанавливать тарифы на оплату медицинской помощи в рамках Договоров.

2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

1) за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, состояний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ)) с учетом [перечня](consultantplus://offline/ref=3F67DE85485478C5B4E4F9709056344CD5ACC0D848E0B3BC2D95B3EBFB4900E9F0593A694F2AEE7FD4451BCE3A912A00E569D70B5ADEEE65ADC96DV0l8F) медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара (Приложение № 5).

Под понятием "законченный случай лечения заболевания" следует понимать случаи лечения пациентов в условиях круглосуточного стационара, завершившиеся достижением установленных критериев объема и качества лечения и выпиской пациента с исходом заболевания (ожидаемым медицинским результатом), на основе медицинских стандартов.

При формировании реестров счетов за оказанную медицинскую помощь, следует учитывать установленные для МО Комиссией объемы предоставления медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара по КСГ и стоимость соответствующей КСГ.

Случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи предъявляется к оплате по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления ВМП, при соответствии кода клинического диагноза согласно МКБ 10, модели пациента, вида лечения и метода лечения параметрам, определенным Постановлением Правительства РФ от 28 декабря 2021 г. № 2505, независимо от средней длительности лечения и исхода заболевания.

2) за прерванный случай оказания медицинской помощи.

Способ оплаты медицинской помощи за прерванный случай ее оказания применяется в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, приведенных в Приложении № 6.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – в размере 90 % от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – в полном объеме по соответствующей КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - в размере 50% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней - в размере 80 % от стоимости КСГ.

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, приведен в Приложении № 7.

Случаи проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях пациентам в возрасте 18 лет и старше, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились: при длительности лечения 3 дня и менее - в размере 50% от стоимости КСГ; при длительности лечения более 3-х дней - в размере 80 % от стоимости КСГ.

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

Прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

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

Медицинская помощь, оказываемая пациентам одновременно по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

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

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

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

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

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

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

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

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;

- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;

- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;

- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

- O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;

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

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

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами;

10. Проведение диализа.

Выставление случая только по КСГ st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)», без основной КСГ не допускается.

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

Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги, приведен в Приложении № 8

Перечень случаев, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) приведен в Приложении № 9.

2.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара,

1) за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу (КСГ)), с учетом [перечня](consultantplus://offline/ref=3F67DE85485478C5B4E4F9709056344CD5ACC0D848E0B3BC2D95B3EBFB4900E9F0593A694F2AEE7FD4451ACA3A912A00E569D70B5ADEEE65ADC96DV0l8F) медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара с распределением по уровням оказания МП (Приложение № 10).

Под понятием "законченный случай лечения заболевания" следует понимать случаи лечения пациентов в дневных стационарах всех типов, завершившиеся достижением установленных критериев объема и качества лечения и выпиской пациента с исходом заболевания (ожидаемым медицинским результатом), на основе медицинских стандартов.

При формировании реестров счетов за оказанную медицинскую помощь, следует учитывать установленные для МО Комиссией объемы предоставления медицинской помощи в условиях дневных стационаров и КСГ, а также стоимость соответствующей КСГ.

2) Способ оплаты медицинской помощи за прерванный случай ее оказания применяется в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, приведенных в Приложении № 6.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – в размере 90 % от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – в полном объеме по соответствующей КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - в размере 50% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней - в размере 80 % от стоимости КСГ.

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, приведен в Приложении № 7.

Случаи проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях пациентам в возрасте 18 лет и старше, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились: при длительности лечения 3 дня и менее - в размере 50% от стоимости КСГ; при длительности лечения более 3-х дней - в размере 80 % от стоимости КСГ.

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

Прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

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

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

2.4. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации:

1) по подушевому нормативу финансирования;

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

Средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорая (специализированная) медицинская помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи - вызов, за исключением:

- расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии;

- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, в том числе оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации отражен в [Приложении № 11](consultantplus://offline/ref=3F67DE85485478C5B4E4F9709056344CD5ACC0D848E0B3BC2D95B3EBFB4900E9F0593A694F2AEE7FD4451AC43A912A00E569D70B5ADEEE65ADC96DV0l8F).

**3. Тарифы на оплату медицинской помощи**

3.1. Структура тарифов на оплату медицинской помощи.

Структура тарифов на оплату медицинской помощи установлена в соответствии с ТП ОМС 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.

Единый коэффициент дифференциации по Республике Калмыкия рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации № 462 от 05.05.2012 г. составляет 1,049.

3.2. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях установлены:

1) средний подушевой норматив медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТП ОМС, 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 - 4 973,20 рублей;

2) размер базового 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 1116,56 руб.»

[Порядок](consultantplus://offline/ref=3F67DE85485478C5B4E4F9709056344CD5ACC0D848E0B3BC2D95B3EBFB4900E9F0593A694F2AEE7FD44519CC3A912A00E569D70B5ADEEE65ADC96DV0l8F) определения размера фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (Приложение № 12);

3) половозрастные [коэффициенты](consultantplus://offline/ref=3F67DE85485478C5B4E4F9709056344CD5ACC0D848E0B3BC2D95B3EBFB4900E9F0593A694F2AEE7FD44418CC3A912A00E569D70B5ADEEE65ADC96DV0l8F) дифференциации подушевого норматива медицинской помощи оказанной в амбулаторных условиях, рассчитанные для соответствующей медицинской организации (Приложение № 13);

4) Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи (Приложение № 14);

5) Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи, в том числе:

Тарифы на оплату медицинской помощи оказываемой в амбулаторных условиях (посещение с профилактической целью, обращение по заболеванию) по специальностям для МО не имеющих прикрепленного населения, в том числе применяемые при оплате медицинской помощи, оказанной лицам застрахованным на территории других субъектов РФ (Приложение № 15, [16](consultantplus://offline/ref=3F67DE85485478C5B4E4F9709056344CD5ACC0D848E0B3BC2D95B3EBFB4900E9F0593A694F2AEE7FD4441AC83A912A00E569D70B5ADEEE65ADC96DV0l8F)).

Тарифы на оплату посещений центров здоровья для проведения первичного комплексного обследования, неотложной помощи и для Центров амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП) в амбулаторных условиях и обращений по заболеванию по профилю «Медицинская реабилитация». (Приложение № 17)

Тарифы на проведение I этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения"; "Тарифы на проведение скрининга и методов исследований, направленных на ранее выявление онкологических заболеваний"; "Тарифы стоимости законченного случая I этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью" (Приложение № 18).

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

В случае, если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации и учтенных осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации, первый этап диспансеризации является завершенным, при этом оплате подлежат только выполненные осмотры.

[Тарифы](consultantplus://offline/ref=3F67DE85485478C5B4E4F9709056344CD5ACC0D848E0B3BC2D95B3EBFB4900E9F0593A694F2AEE7FD44419C53A912A00E569D70B5ADEEE65ADC96DV0l8F) на оплату проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения и несовершеннолетних (Приложение № 19).

Тарифы на оплату углубленной диспансеризации приведены в Приложении № 20.

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 2022 год:

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий

до 100 жителей, – 570,50 тыс. рублей (с понижающим поправочным коэффициентом 0,5 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей).

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий

от 100 до 900 жителей, – 1 141,00 тыс. рублей

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий

от 900 до 1500 жителей, – 1 807,53 тыс. рублей.

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий

от 1500 до 2000 жителей, – 2 029,71 тыс. рублей.

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий

более 2000 жителей, – 2 232,68 тыс. рублей. (с повышающим поправочным коэффициентом 1,1 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей).

Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов с численностью обслуживаемого населения и размером финансового обеспечения приведен в Приложении № 21.

6) [тарифы](consultantplus://offline/ref=3F67DE85485478C5B4E4F9709056344CD5ACC0D848E0B3BC2D95B3EBFB4900E9F0593A694F2AEE7FD44418C83A912A00E569D70B5ADEEE65ADC96DV0l8F) на отдельные медицинские услуги (Приложение № 22).

7) базовые нормативы финансовых затрат установленные Территориальной [программой](consultantplus://offline/ref=3F67DE85485478C5B4E4F9709056344CD5ACC0D848E2B0B42995B3EBFB4900E9F0593A694F2AEE7FD4471ECD3A912A00E569D70B5ADEEE65ADC96DV0l8F) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Калмыкия на 2022 год и на плановый период 2023 - 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства Республики Калмыкия от 30 декабря 2021 г. № 519 составляют:

а) посещение с профилактической и иной целью – 713,11 руб.;

б) посещение в неотложной форме – 748,67 руб.;

в) обращение в связи с заболеванием – 1 678,19 руб.;

г) профилактические медицинские осмотры – 2 114,68 руб.;

д) проведение диспансеризации – 2 614,63 руб.;

е) проведение компьютерной томографии – 2 666,56 руб.;

ж) проведение магнитно-резонансной томографии – 3 750,18 руб.;

з) проведение УЗИ сердечно-сосудистой системы – 516,21 руб.;

и) проведение патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2 120,34 руб.;

к) проведение эндоскопического диагностического исследования – 968,54 руб.;

л) проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции(COVID-19) – 629,92 руб.;

м) проведение молекулярно-биологичекого исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – 8 574,74 руб.;

3.3. При оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях установлены:

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТП ОМС, 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 - 6 512,23 рублей;

2) [перечень](consultantplus://offline/ref=3F67DE85485478C5B4E4F9709056344CD5ACC0D848E0B3BC2D95B3EBFB4900E9F0593A694F2AEE7FD44418C43A912A00E569D70B5ADEEE65ADC96DV0l8F) групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ, для медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара (Приложение № 23);

3) размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) без учета коэффициента дифференциации – 24 605,95 рублей. С учетом коэффициента дифференциации – 25 811,64 рублей;

4) значения коэффициентов:

а) коэффициент дифференциации - 1,049, является единым для всей территории Республики Калмыкия;

б) коэффициент специфики - 1,0;

в) коэффициент приведения – 0,659289;

г) коэффициент уровня оказания медицинской помощи [(приложение № 23)](consultantplus://offline/ref=3F67DE85485478C5B4E4F9709056344CD5ACC0D848E0B3BC2D95B3EBFB4900E9F0593A694F2AEE7FD44418C43A912A00E569D70B5ADEEE65ADC96DV0l8F):

коэффициент первого уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь - 0,9;

коэффициент второго уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, а также для специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров, диспансеров, для подуровня 2.1 - 1,025, для подуровня 2.2 - 1,08;

коэффициент третьего уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь - 1,25;

Перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации приведен в Приложении № 24

5) тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ), с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи [(Приложение № 23)](consultantplus://offline/ref=3F67DE85485478C5B4E4F9709056344CD5ACC0D848E0B3BC2D95B3EBFB4900E9F0593A694F2AEE7FD44418C43A912A00E569D70B5ADEEE65ADC96DV0l8F).

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| БС | размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей; |
|  | коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации; |
|  | доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением № 4 к Программе значение, к которому применяется КД, КС и КУС); |
|  | коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае, если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ); |
|  | коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент; |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462; |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП). |

Медицинская помощь пациентам старше 18 лет, проходящих лекарственную терапию злокачественных новообразований оплачивается с применением коэффициента дифференциации к доле заработной платы и прочих расходов в составе тарифа по следующим КСГ: st06.004 – 97,47%; st06.005 – 98,49%; st06.006 – 99,04%; st06.007 – 98,00%; st12.015 – 93,88%; st12.016 – 66,53%; st12.017 – 68,28%; st12.018 – 77,63%; st19.105 – 55,63%; st19.106 – 41,67%; st19.107 – 23,71%; st19.108 – 18,75%; st19.109 – 32,50%; st19.110 – 8,76%; st19.111 – 7,11%; st19.112 – 7,77%; st19.113 – 5,84%; st19.114 – 5,79%; st19.115 – 7,27%; st19.116 – 5,90%; st19.117 – 3,32%; st19.118 – 2,15%; st19.119 – 1,55%; st19.120 – 1,19%; st19.121 – 0,69%; st19.084 – 87,08%; st19.085 – 88,84%; st19.086 – 87,05%; st19.087 – 88,49%; st19.088 – 46,03%; st19.089 – 26,76%; st19.094 – 75,89%; st19.095 – 75,89%; st19.096 – 75,89%; st19.097 – 28,29%; st19.098 – 46,99%; st19.099 – 57,29%; st19.100 – 4,98%; st19.101 – 15,77%; st19.102 – 24,83%; st19.122 – 59,05%; st20.010 – 0,74%; st36.020 – 30,00%; st36.021 – 30,00%; st36.022 – 30,00%; st36.023 – 6,61%; st36.016 – 8,60%; st36.017 – 32,68%; st36.018 – 18,82%; st36.019 – 6,00%.

[Тарифы](consultantplus://offline/ref=3F67DE85485478C5B4E4F9709056344CD5ACC0D848E0B3BC2D95B3EBFB4900E9F0593A694F2AEE7FD44417CC3A912A00E569D70B5ADEEE65ADC96DV0l8F) на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи (с учетом применения коэффициента дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи) приведены в Приложении № 25).

3.4 При оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара установлены:

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТП ОМС, 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 - 1 668,76 рублей;

2) [перечень](consultantplus://offline/ref=3F67DE85485478C5B4E4F9709056344CD5ACC0D848E0B3BC2D95B3EBFB4900E9F0593A694F2AEE7FD44417C83A912A00E569D70B5ADEEE65ADC96DV0l8F) групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ, для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (Приложение № 26);

3) размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) без учета коэффициента дифференциации – 15 952,82 рубля. С учетом коэффициента дифференциации – 16 734,51 рублей;

4) коэффициент уровня оказания медицинской помощи - 1.

5) коэффициент специфики – 1

6) коэффициент приведения – 0,687838

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| БС | размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей; |
|  | коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации; |
|  | доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением № 4 к Программе значение, к которому применяется КД, КС и КУС); |
|  | коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае, если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ); |
|  | коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент; |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462; |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП). |

Медицинская помощь пациентам старше 18 лет, проходящих лекарственную терапию злокачественных новообразований оплачивается с применением коэффициента дифференциации к доле заработной платы и прочих расходов в составе тарифа по следующим КСГ: ds06.002 – 97,44%; ds06.003 – 96,30%; ds06.004 – 98,27%; ds06.005 – 98,20%; ds19.080 – 19,12%; ds19.081 – 8,79%; ds19.082 – 25,89%; ds19.083 – 23,50%; ds19.084 – 3,14%; ds19.085 – 2,04%; ds19.086 – 6,59%; ds19.087 – 11,06%; ds19.088 – 15,08%; ds19.089 – 14,91%; ds19.090 – 22,35%; ds19.091 – 9,99%; ds19.092 – 8,49%; ds19.093 – 5,64%; ds19.094 – 2,82%; ds19.095 – 5,84%; ds19.096 – 0,23%; ds19.058 – 78,38%; ds19.060 – 82,64%; ds19.061 – 31,86%; ds19.062 – 16,69%; ds19.067 – 51,06%; ds19.068 – 51,06%; ds19.069 – 51,06%; ds19.070 – 51,06%; ds19.071 – 4,13%; ds19.072 – 12,75%; ds19.073 – 22,53%; ds19.074 – 31,49%; ds19.075 – 0,42%; ds19.076 – 1,56%; ds19.077 – 4,36%; ds19.078 – 7,65%; ds20.006 – 0,23%; ds36.011 – 30,00%; ds36.007 – 1,83%; ds36.008 – 5,85%; ds36.009 – 5,43%; ds36.010 – 8,94%.

3.5. При оплате скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации установлены:

1) размер среднего подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТП ОМС, 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 - 870,10 руб.

2) размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи составляет 820,04 руб.;

3) коэффициент приведения составляет 0,942466

3) [тарифы](consultantplus://offline/ref=3F67DE85485478C5B4E4F9709056344CD5ACC0D848E0B3BC2D95B3EBFB4900E9F0593A694F2AEE7FD44417CA3A912A00E569D70B5ADEEE65ADC96DV0l8F) на оплату 1 вызова скорой медицинской помощи, в том числе оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ (Приложение № 27);

4) половозрастные [коэффициенты](consultantplus://offline/ref=3F67DE85485478C5B4E4F9709056344CD5ACC0D848E0B3BC2D95B3EBFB4900E9F0593A694F2AEE7FD44416CC3A912A00E569D70B5ADEEE65ADC96DV0l8F) дифференциации подушевого норматива скорой медицинской помощи, рассчитанные для соответствующей медицинской организации (Приложение № 28).

5) фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования, определенные для групп медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь (Приложение № 29).

6) базовый норматив финансовых затрат за вызов скорой медицинской помощи установленный Территориальной [программой](consultantplus://offline/ref=3F67DE85485478C5B4E4F9709056344CD5ACC0D848E2B0B42995B3EBFB4900E9F0593A694F2AEE7FD4471ECD3A912A00E569D70B5ADEEE65ADC96DV0l8F) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Калмыкия на 2022 год и на плановый период 2023 - 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства Республики Калмыкия от 30 декабря 2021 г. № 519 составляет 3 026,05 руб.

3.6. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа, в условиях дневного стационара - за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, в условиях круглосуточного стационара - за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации.

Размер базового тарифа на оплату гемодиализа (код услуги А18.05.002 "Гемодиализ") – 4 428,66 рублей и на оплату перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 "Перитонеальный диализ") - 3 353,03 рублей, рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов и включающие в себя расходы, определенные [частью 7 статьи 35](consultantplus://offline/ref=3F67DE85485478C5B4E4E77D863A6948D5A49ED44FE1BBEB73CAE8B6AC400ABEB716632B0B27E878D74C4B9C75907645B07AD60A5ADCEF79VAlFF) Федерального закона № 326-ФЗ. Для последующего расчета остальных услуг диализа, оказываемых на территории субъекта Российской Федерации, к базовому тарифу применяются рекомендуемые коэффициенты относительной затратоемкости и коэффициент дифференциации (1,049) к стоимости услуги с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи. [Тарифы](consultantplus://offline/ref=3F67DE85485478C5B4E4F9709056344CD5ACC0D848E0B3BC2D95B3EBFB4900E9F0593A694F2AEE7FD4451BCC3A912A00E569D70B5ADEEE65ADC96DV0l8F) на оплату услуг диализа представлены в Приложении № 30.

В Республике Калмыкия выполняются услуги диализа при сепсисе, септическом шоке, полиорганной недостаточности, печеночной недостаточности, острых отравлениях, остром некротическом панкреатите, остром рабдомиолизе и других миоглобинурических синдромах, парапротеинемических гемобластозах, жизнеугрожающих обострениях аутоиммунных заболеваний, на которые устанавливлены тарифы на следующие услуги для осуществления дополнительной оплаты услуг к стоимости КСГ:

A18.05.006.001 Селективная гемосорбция липополисахаридов;

A18.05.001.004 Плазмофильтрация каскадная;

**4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание**

**медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией**

**штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо**

**оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**

4.1. Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (далее – Перечень оснований для применения санкций) по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи определены приложением № 5 к Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Минздрава России от 28.02.2019 N 108н.

4.2. За неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества применяются санкции, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа, согласно Приложению № 31 к настоящему соглашению.

**5. Заключительные положения**

5.1. Настоящее Соглашение вступает в действие с момента его подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 1 января 2022 года по 31 декабря 2022 года.

5.2. Настоящее Соглашение может быть изменено или дополнено. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Соглашения.

5.3. Индексация тарифов осуществляется при увеличении показателей доходной части бюджета ТФОМС Республики Калмыкия путем применения повышающего коэффициента к утвержденным тарифам.

5.4. В случае невыполнения МО объемов медицинской помощи, определенных планами-заданиями, выплата заработной платы и финансирование других статей, включенных в территориальные нормативы финансовых затрат, на невыполненный объем не являются обязательством системы ОМС.

5.5. Приложения к настоящему соглашению являются его неотъемлемой частью