

**Комиссия по разработке территориальной программы
обязательного медицинского страхования**

20 января 2025 г.

г. Анадырь

РЕШЕНИЕ 01-2025

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № 1 на 2025 год

Департамент здравоохранения Чукотского автономного округа (далее Департамент), представителями которого являются:

Заместитель Губернатора – Председателя Правительства, начальник Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа, Председатель комиссии – Фадеев Павел Александрович;

исполняющий обязанности заместителя начальника Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа начальника Финансово-экономического управления – Левченко Татьяна Александровна.

Чукотский территориальный фонд обязательного медицинского страхования, представителями которого являются:

директор – Рискин Евгений Владимирович;

заместитель директора, начальник организационно – правового отдела – Коваленко Елена Сергеевна.

Чукотский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», представителями которого являются:

директор – Вегера Светлана Алексеевна;

руководитель направления Группы экспертизы и защиты прав застрахованных – Солодовник Наталья Михайловна;

включенные в состав Комиссии, созданной постановлением Правительства Чукотского автономного округа от 03.04.2012 г. № 142 «О Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Чукотского автономного округа» (далее Постановление) и в дальнейшем именуемые «Стороны», на основании пункта 3 Постановления, делегирующего Комиссии право подписания тарифного соглашения, заключили настоящее Тарифное соглашение о нижеследующем:

I. Общие положения

1.1. Тарифное соглашение разработано в соответствии с:

- Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон);
- Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;

- Постановлением Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2024 г. № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» (далее – Программа государственных гарантий РФ);

- Постановлением Правительства Чукотского автономного округа от 28 декабря 2024 г. № 531 «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов в Чукотском автономном округе»;

- Постановление Правительства РФ от 5 ноября 2022 года № 1998 «Об утверждении Правил ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»;

- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила);

- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»;

- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.04.2022 г. № 275н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей -сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью»;

- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – Приказ МЗ РФ от 27.04.2021г. № 404н);

- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»;

- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 1 июля 2021 г. № 698н «Об утверждении Порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке»;

- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2021 г. № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»;

- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 февраля 2023 года № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

- Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее - Положением об организации оказания первичной медико – санитарной помощи взрослому населению);

- «Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за

счет средств обязательного медицинского страхования» Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования;

1.2. Предмет Тарифного соглашения

1.2.1. Тарифное соглашение устанавливает тарифы на оплату медицинской помощи (медицинских услуг), оказываемой в соответствии с Территориальной программой обязательного медицинского страхования, их состав, порядок применения, порядок взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на территории Чукотского автономного округа при оплате медицинской помощи.

1.2.2. Тарифное соглашение устанавливает общие методические принципы оплаты медицинских услуг в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования населения Чукотского автономного округа, перечень расходов по наименованиям и кодам бюджетной классификации, включенных в состав тарифа, порядок индексации тарифов.

1.2.3. Действие Тарифного соглашения распространяется на медицинские организации, функционирующие в системе обязательного медицинского страхования, в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Чукотского автономного округа бесплатной медицинской помощи на 2025 год и плановый период 2026 и 2027 годов.

1.3. В рамках настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные понятия и их определения:

ОМС - обязательное медицинское страхование;

ЧТФОМС – Чукотский территориальный фонд обязательного медицинского страхования (далее – Фонд);

СМО (страховая медицинская организация) - страховая организация, имеющая лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности и включенная в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Чукотского автономного округа.

МО (медицинская организация) - юридическое лицо, независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации и включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования;

Филиал МО (филиал медицинской организации) – обособленное подразделение юридического лица, расположенное вне места его нахождения и осуществляющее все его функции или их часть, в том числе функции представительства.

тариф на медицинскую услугу – денежная сумма, определяющая уровень возмещения и состав компенсируемых расходов МО, связанных с оказанием медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования;

состав тарифа – перечень видов расходов МО по статьям экономической

классификации, подлежащих финансированию из средств ОМС;

медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

посещение (в том числе при оказании медицинской помощи в неотложной форме) – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и лечебной целью, а также в связи с другими обстоятельствами (получением справки, санаторно-курортной справки и других медицинских документов) которая используется для планирования нормативов объема и финансового обеспечения в рамках ТПГГ;

подушевой норматив финансирования – средства, выделяемые для финансирования амбулаторно – поликлинической помощи или скорой медицинской помощи на 1 застрахованное лицо в месяц;

прикрепленное население – лица, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию, получающие медицинские услуги в медицинской организации по месту жительства (пребывания), работы или по выбору застрахованного лица и включенные в поименные списки;

законченный случай лечения в поликлинике - **обращение** по поводу заболевания (кратность посещений по поводу одного заболевания не менее 2, когда цель обращения достигнута). Обращение как законченный случай по поводу заболевания складывается из первичных и повторных посещений.

Под законченным случаем в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона амбулаторного пациента только при последнем посещении больного по данному поводу;

условная единица трудоемкости (УЕТ) – норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом, ортодонтическом приеме, необходимого для лечения среднего кариеса (I класс по Блеку);

законченный случай лечения в стационаре – совокупность медицинских услуг, в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи по основному заболеванию (утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти), предоставленных пациенту в стационаре в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выписки (выпуска), подтвержденного первичной медицинской документацией, и без клинического результата.

прерванный случай лечения в стационарных условиях и условиях дневного стационара – перевод пациента *между отделениями/филиалами медицинской организации*, перевод пациента в другую медицинскую организацию, преждевременная выписка пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований;

КСГ (клинико-статистическая группа) – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам

диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов);

базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров (средняя стоимость законченного случая лечения);

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

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

коэффициент дифференциации – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для отдельных территорий, используемый в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации;

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

коэффициент относительной затратоемкости – устанавливаемый настоящими рекомендациями коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

II. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в субъекте Российской Федерации

2.1. Оплата медицинской помощи по Программе ОМС, оказанной медицинскими организациями застрахованным гражданам, производится:

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

а) в части базовой программы обязательного медицинского страхования:

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 – молекулярногенетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии

и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографией, совмещенной с компьютерной томографией (далее - ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

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

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

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

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

отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярногенетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;

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

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

медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

б) в части сверх базовой программы обязательного медицинского страхования:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, медицинскими организациями при формировании реестров счетов на оплату в страховую медицинскую организацию при подушевом финансировании и при межучрежденческих расчетах).

Перечень медицинских организаций оказывающих амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь:

а) МО - Фондодержатели, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, в части базовой и сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования:

№ п/п	Наименование организаций	Почтовый адрес
1	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница»	689000, г. Анадырь, ул. Ленина, 1

б) МО - Исполнители, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай):

№ п/п	Наименование организаций	Почтовый адрес
1	Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть № 4 Федерального медико-биологического агентства»	689450, г. Билибино, м-н Арктика 2, корп. 5

Финансирование МО - Фондодержателей на основе подушевого норматива финансирования производится СМО из общего подушевого норматива финансирования, утверждаемого Фондом ежемесячно в установленном порядке.

Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу,

оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием. Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, в том числе в референс-центрах проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, в части базовой программы обязательного медицинского страхования не включаются:

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;
- расходы на медицинскую помощь при заболеваниях передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдроме приобретенного иммунодефицита, туберкулезе, психических расстройств и расстройств поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ, включая профилактические осмотры несовершеннолетних в целях раннего (своевременного) выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ;

- расходы на оказание стоматологической медицинской помощи;
- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в «Центрах здоровья»;
- расходы по тестированию на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

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

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

- расходы на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

- расходы по диспансерному наблюдению отдельных категорий граждан из числа взрослого населения включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях;

- расходы на оказание медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

- расходы по оплате медицинской помощи в части ведения школ для больных сахарным диабетом;

- расходы на оплату диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах – интернатах), предоставляющие социальные услуги в стационарной форме.

2.1.2. По медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях –

за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу

заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний);

за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения/филиала медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 7 Программы государственных гарантий РФ, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа, а также за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клиникостатистические группы заболеваний.

Перечень медицинских организаций оказывающих стационарную медицинскую помощь:

№ п/п	Наименование организаций	Почтовый адрес
1	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница»	689000, г. Анадырь, ул. Ленина, 1

Для МО, входящих в систему ОМС Чукотского автономного округа, применяются следующие уровни по установлению тарифов для медицинской помощи в круглосуточном стационаре:

№ п/п	Наименование подразделения	Уровень оказания медицинской помощи
1	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница» (подразделения расположенные в г. Анадырь, г. Билибино, п. Эгвекинот)	2
2	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница» (подразделения расположенные вне г. Анадырь, г. Билибино, п. Эгвекинот)	1

2.1.2.1. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи:

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

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию/филиал;
5. случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся летальным исходом;
7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1–7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, приведенный в таблице 1 приложения № 29 к настоящему Тарифному соглашению.

9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой государственных гарантий РФ и приложением 6 к Методическим рекомендациям ФФОМС и Министерства здравоохранения РФ (далее – Группировщик (приложение 6 и 7)).

В случае, если перевод пациента из одного отделения/филиала 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, а отнесение такого случая к прерванным, не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2–4 пункта 2.1.2.1 данного раздела Тарифного соглашения.

Приложением № 7 к Программе государственных гарантий РФ и таблицей 1 приложения № 29 к настоящему Тарифному соглашению определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям по основаниям 1–7 пункта 2.1.2.1. данного раздела) по КСГ, перечисленным в Приложении № 7 к Программе

государственных гарантий РФ и таблицей 1 приложения № 29 к настоящему Тарифному соглашению, не может быть отнесен к прерванным случаям по основанию, изложенному в подпункте 8 пункта 2.1.2.1., и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1-6 и 8 пункта 2.1.2.1., определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80 процентов от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100 процентов от стоимости КСГ.

Таблицей 2 приложения № 29 к настоящему Тарифному соглашению определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Прерванные случаи по КСГ, не входящим в таблицу 2 приложения № 29 к настоящему Тарифному соглашению, не могут быть оплачены с применением уменьшения размеров оплаты прерванных случаев (80 процентов и 100 процентов соответственно).

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30 процентов от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 80 процентов от стоимости КСГ.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше, являющиеся прерванными по основанию, изложенному в подпункте 7 пункта 2.1.2.1., оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае указания в схеме), разовую дозу препарата (фиксированная величина или разовая доза в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в «Группировщиках», для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1–6 пункта 2.1.2.1.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и

оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, чем предусмотренные пунктом 2.1.2.1.) в следующих случаях:

1. При проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике»;

2. При снижении дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличении интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» в «Группировщиках» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии):

- снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией к химиотерапевтическому препарату в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- увеличение интервала между введениями произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Все остальные случаи (в том числе случаи проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) являются прерванными и оплачиваются в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения.

2.1.2.2. Оплата случая лечения по двум и более КСГ:

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

1. Перевод пациента из одного отделения / филиала медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую; оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным пунктом 2.1.2.1 основаниям;

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

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

4. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление

первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));

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

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

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

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

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

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

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

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

Тариф определяется на основании степени тяжести состояния больного по классификации, утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации «Временные рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» соответствующей на дату начала оказания медицинской помощи версии.

2.1.3. По медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

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

группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения /филиала медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением № 7 Программы государственных гарантий РФ, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинко-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

Единицей измерения является случай лечения.

Перечень медицинских организаций оказывающих стационарно замещающую медицинскую помощь:

№ п/ п	Наименование организаций	Почтовый адрес
1	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница»	689000, г. Анадырь, ул. Ленина, 1
2	Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть № 4 Федерального медико-биологического агентства»	689450, г. Билибино, м-н Арктика 2, корп. 5

Для МО, входящих в систему ОМС Чукотского автономного округа, применяются следующие уровни по установлению тарифов для медицинской помощи в дневном стационаре:

№ п/п	Наименование подразделения	Уровень оказания медицинской помощи
1	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница» (подразделения расположенные в г. Анадырь, г. Билибино, п. Эгвекинот)	2
2	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница» (подразделения расположенные вне г. Анадырь, г. Билибино, п. Эгвекинот)	1
3	Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть № 4 Федерального медико-биологического агентства»	1

2.1.3.1. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи:

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

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

8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1–7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, приведенный в таблице 1 приложения № 29 к настоящему Тарифному соглашению.

В случае, если перевод пациента из одного отделения/*филиала* 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, а отнесение такого случая к прерванным, не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2–4 пункта 2.1.3.1 данного раздела Тарифного соглашения.

Приложением № 7 к Программе государственных гарантий РФ и таблицей 1 приложения № 29 к настоящему Тарифному соглашению определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям по основаниям 1–7 пункта 2.1.3.1. данного раздела) по КСГ, перечисленным в Приложении № 7 к Программе государственных гарантий РФ и таблицей 1 приложения № 29 к настоящему Тарифному соглашению, не может быть отнесен к прерванным случаям по основанию, изложенному в подпункте 8 пункта 2.1.3.1., и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся

прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1-6 и 8 пункта 2.1.3.1., определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80 процентов от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100 процентов от стоимости КСГ.

Таблицей 2 приложения № 29 к настоящему Тарифному соглашению определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Прерванные случаи по КСГ, не входящим в таблицу 2 приложения № 29 к настоящему Тарифному соглашению, не могут быть оплачены с применением уменьшения размеров оплаты прерванных случаев (80 процентов и 100 процентов соответственно).

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30 процентов от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 80 процентов от стоимости КСГ.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше, являющиеся прерванными по основанию, изложенному в подпункте 7 пункта 2.1.3.1., оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае указания в схеме), разовую дозу препарата (фиксированная величина или разовая доза в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в «Группировщиках», для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1–6 пункта 2.1.2.1.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, чем предусмотренные пунктом 2.1.3.1.) в следующих случаях:

1. При проведении лечения в полном соответствии с одной из схем

лекарственной терапии, указанных в «Группировщике»;

2. При снижении дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличении интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» в «Группировщиках» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии):

- снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией к химиотерапевтическому препарату в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- увеличение интервала между введениями произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Все остальные случаи (в том числе случаи проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) являются прерванными и оплачиваются в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения.

2.1.3.2. Оплата случая лечения по двум и более КСГ:

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

1. Перевод пациента из одного отделения/*филиала* медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую; оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным пунктом 2.1.3.1 основаниям;

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;

2.1.4. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) – по подушевому нормативу финансирования, за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

Базовый 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, 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;

Финансирование МО на основе подушевого норматива финансирования производится СМО из полученного общего размера финансового обеспечения, утверждаемого ежемесячно Фондом по дифференцированным подушевым нормативам.

Оплата скорой медицинской помощи осуществляется СМО в пределах планового размера финансирования, определенного для МО Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Перечисление средств МО, рассчитанных по подушевому нормативу финансирования на прикрепленных застрахованных лиц, производится СМО в порядке, предусмотренном договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС ежемесячно в размере 1/12 от годовой суммы, установленной Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования. Общий объем ежемесячного подушевого финансового обеспечения МО, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определен в приложении № 13 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень медицинских организаций оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования:

№ п/п	Наименование организаций	Почтовый адрес
1	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Чукотская окружная больница»	689000, г. Анадырь, ул. Ленина, 1

МО ежемесячно предоставляют в Фонд счет на оплату медицинской помощи и реестры счетов за скорую медицинскую помощь по установленному тарифу и объемам медицинской помощи, в целях оценки выполнения плановых объемов медицинской помощи установленных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Запланированный годовой объем скорой медицинской помощи, финансовое обеспечение которого осуществляется по подушевому нормативу финансирования, утвержден в Приложении № 14 к настоящему Тарифному соглашению.

Объемы по скорой медицинской помощи, установленные Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, между МО на год корректируются не реже одного раза в квартал.

2.1.5. МО, ежемесячно, формируют реестр счетов, в котором включаются случаи лечения, закончившиеся в текущем и предшествующем месяцах.

2.2. Оплата медицинской помощи из средств ОМС производится:

- СМО за оказанные медицинские услуги застрахованным гражданам на основании Договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

- Фондом в соответствии с разделом IX Правил ОМС, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования МО, производится СМО на основании Договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию по согласованным тарифам в пределах средств, переданных Фондом в СМО согласно Договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и приказу Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2021 года № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий

предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам, производится СМО и Фондом после проведения контрольных мероприятий.

Обязательства МО, следствием неисполнением которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты МО штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества представлены в приложении № 11.

Оплата лечения граждан, застрахованных в других субъектах Российской Федерации (далее - иногородних граждан), на территории Чукотского автономного округа осуществляется по видам расходов утвержденных - постановлением Правительства Чукотского автономного округа от 28 декабря 2024 г. № 531 «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов в Чукотском автономном округе» для видов медицинской помощи, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Оплата медицинской помощи, оказанной иногородним гражданам, производится Фондом после проведения контрольных мероприятий. Обязательства МО, следствием неисполнением которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты МО штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества представлены в приложении № 11.

2.3. Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества определяется:

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях путем умножения подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленного Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля и коэффициента для определения размера штрафа;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации путем умножения подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленного Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля и коэффициента для определения размера штрафа;

3) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара путем умножения подушевого норматива финансирования, установленного в соответствии с Территориальной программой на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля и коэффициента для определения размера штрафа.

2.4. Оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи дополнительно к подушевому нормативу финансирования по тарифам, установленным приложением № 26 к настоящему Тарифному

соглашению.

2.5. При оказании медицинской помощи детям до 18 лет врачом не имеющего соответствующей специальности (детский хирург, детский онколог, детский эндокринолог и т.д.) к оплате допускается принимать счета только в случае оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной форме.

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

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи по одним и тем же ее видам являются едиными для всех медицинских организаций одного уровня, оказывающих медицинскую помощь в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования, независимо от организационно-правовой формы.

3.2. Утвержденные тарифы доводятся до МО и СМО приказом Фонда и являются обязательными при осуществлении взаиморасчетов между участниками системы ОМС.

3.3. Структура тарифа на оплату медицинской помощи в сфере ОМС Чукотского автономного округа в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования включает в себя:

3.3.1. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий,

используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

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

3.3.3. При расходовании средств на заработную плату работников медицинских организаций не учитываются и в структуру тарифа не входит оплата труда специалистов с высшим и средним медицинским образованием, оказывающим медицинскую помощь, не предусмотренную разрешением на медицинскую деятельность (лицензией) и (или) не имеющих действующих сертификатов по соответствующей специальности.

3.4. Для повышения заинтересованности медицинских организаций в осуществлении амбулаторно - поликлинической и стационарно-замещающей помощи устанавливаются повышающие коэффициенты:

3.4.1. Тарифы на доврачебную медицинскую помощь, оказываемую во всех МО, устанавливаются с применением коэффициента 0,51 к среднему базовому тарифу по амбулаторно-поликлинической помощи.

3.4.2. Тарифы на медицинскую помощь, оказываемую в круглосуточных стационарах и стационарах дневного пребывания, устанавливаются с применением коэффициента уровня стационара (дневного стационара) к базовым тарифам по конкретному виду медицинской помощи.

3.5. Для оплаты медицинской помощи применяются следующие тарифы:

1) тариф на законченный случай лечения заболевания, включенного в клинико-статистическую группу, в стационарных условиях для базовой программы ОМС;

1.1) —тариф на законченный случай лечения заболевания, включенного в клинико-профильную группу, в стационарных условиях, для сверхбазовой программы ОМС;

2) тариф на одно посещение с профилактической целью, (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, медицинскими организациями при формировании реестров счетов на оплату в страховую медицинскую организацию при подушевом финансировании и оплаты в случае оказания внешней врачебной консультативной помощи не прикрепленным застрахованным лицам);

3) тариф на одно посещение, оказанное в неотложной форме;

4) тариф на одно посещение по стоматологии с профилактической целью;

5) тариф на одно посещение по стоматологии, оказанное в неотложной форме;

6) тариф за одно обращение по заболеванию (законченный случай лечения при количестве посещений не менее 2-х, за исключением заболеваний по стоматологии по кодам МКБ: K02.0-K02.9, K03.1, K03.6, лечение которых допускается в одно посещение), 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, медицинскими организациями при формировании реестров счетов на оплату в страховую медицинскую организацию при подушевом финансировании и оплаты в случае оказания внешней врачебной консультативной помощи не прикрепленным застрахованным лицам;

7) тариф на законченный случай диспансеризации определенных групп взрослого населения;

8) тариф на законченный случай 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;

9) тарифы на медицинские осмотры несовершеннолетних;

10) тариф на профилактический медицинский осмотр взрослого населения;

11) тариф на законченный случай лечения заболевания, включенного в клинко-статистическую группу, в условиях дневного стационара, в рамках базовой программы ОМС;

11.1) тариф на законченный случай лечения заболевания, включенного в клинко-профильную группу, в условиях дневного стационара, в рамках сверхбазовой программы ОМС;

12) тариф на один вызов скорой медицинской помощи (за исключением скорой санитарно-авиационной медицинской помощи), используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

13) Тариф на оказание телемедицинской консультации проводимых между медицинскими организациями, работающими в системе ОМС Чукотского автономного округа либо между структурными подразделениями ГБУЗ ЧОБ случай телемедицинской консультации, выставляется медицинской организацией

(подразделением ГБУЗ ЧОБ) специалист которой предоставлял консультацию. По результатам телемедицинской консультации оформляется протокол телемедицинской консультации. В счетах на оплату, телемедицинская консультация оформляется как отдельный законченный случай с указанием в поле PODR кода 67010001 и соответствующего тарифа.

3.6. Для расчетных базовых тарифов устанавливаются:

3.6.1. Коэффициент уровня оказания стационарной (стационарно-замещающей) медицинской помощи:

- для 1 уровня – 0,9;
- для 2 уровня – 1,05;

3.6.2. Коэффициент дифференциации – 4,05;

3.6.3. Коэффициент относительной затроемкости по (КСГ -устанавливается на федеральном уровне) приведен в расчете тарифа оказанной стационарной помощи и стационарно-замещающей помощи;

3.6.4. Относительные коэффициенты стоимости амбулаторной медицинской помощи для детей и взрослых, устанавливаемые для каждого вида (специальности);

3.6.5. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования (базовая программа ОМС), в стационарных условиях – 42 674,28 рублей, в условиях дневного стационара – 8 922,52 рублей.

3.7. Случаи, для которых установлены значения коэффициента сложности лечения пациента в стационарных условиях и условиях дневного стационара представлены в Приложении № 22.

3.8. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи для всех КСГ в стационарных условиях и условиях дневного стационара установлен в приложениях №№ 3-4.

3.9. Тарифы для лечения застрахованных в медицинских организациях, участвующих в реализации программы ОМС на территории Чукотского автономного округа:

- по амбулаторно-поликлинической помощи, за единицу объема медицинской помощи представлены в Приложении № 1 и 2;
- по стационарной помощи - в Приложениях №№ 3.1, 3.2, 3.3, 3.4;
- по стационарно-замещающей помощи - в Приложениях № 4.1, 4.2, 4.3, 4.4;
- на 1 вызов скорой медицинской помощи, за единицу объема медицинской помощи - Приложение № 10;
- на медицинские услуги – Приложение № 18 и Приложение № 20;
- на оказание паллиативной медицинской помощи – Приложение № 21;
- на оплату услуг диализа, в условиях круглосуточного стационара – Приложение № 27;
- на оказание медицинской реабилитации в амбулаторных условиях – Приложение № 28;
- на посещение школы сахарного диабета – Приложение № 30;
- на оплату диспансерного наблюдения за взрослыми (в возрасте 18 лет и

старше) – Приложение № 31.

- на оплату диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья – Приложение № 32.

3.10. Оплата медицинской помощи производится по тарифам, действующим на момент выписки пациента.

3.11. При невозможности установления диагноза при проведении профилактического осмотра и последующего направления пациента к соответствующему специалисту для установки диагноза, посещение у врача, проводившего осмотр, должно быть учтено как посещение с профилактической целью. Посещение же у консультирующего специалиста в случае установления диагноза должно быть учтено как посещение по поводу заболевания.

3.12. Размер оплаты стоматологической помощи с профилактической целью, в неотложной форме, а также по заболеванию определяется как произведение стоимости одной УЕТ и количества УЕТ в стоматологическом, лечебно-диагностическом мероприятии. Стоимость 1 УЕТ – 1 193,40 рублей, стоимость 1 УЕТ при оказании медицинской помощи оказываемой медицинским персоналом со средним медицинским образованием (зубной врач) составляет 608,63 рублей. Для расчета стоимости 1 УЕТ используется средняя кратность УЕТ в одном посещении которая составляет 4,2 в среднем по Российской Федерации. 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 установлено в Приложении № 19.

Оказание первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи должно быть основано на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 1-го, 2-х, 3-х зубов) за одно посещение. При формировании реестров счетов в разделе услуг должны указываться даты визита пациента и коды оказанных услуг с количеством УЕТ.

При расчете стоимости стоматологической помощи, в случаях, когда сумма произведений тарифа на количество УЕТ по отдельным услугам, в следствие округления, не равна произведению тарифа на количество УЕТ отдельного случая, правильной величиной считать сумму рассчитанной по услугам.

3.13. При переводе больного из одного отделения/филиала круглосуточного стационара в другое, из круглосуточного стационара в дневной, а также из круглосуточного стационара одного МО в круглосуточный стационар другой МО:

- окончание лечения в первом оформляется как прерванный случай;
- дата окончания лечения в первом отделении и дата начала лечения во втором – могут приходиться на один день.

3.14. Тарифы на медицинские услуги в центрах здоровья устанавливаются за первичное посещение (по законченному случаю, за комплексное обследование) и повторное посещение.

При необходимости выявления дополнительных факторов риска в комплексное обследование включаются иные исследования, проводимые на установленном в центре здоровья оборудовании.

3.15. Базовые тарифы для лечения застрахованных вне территории Чукотского автономного округа соответствуют базовым тарифам лечения застрахованных на территории Чукотского автономного округа.

3.16. Не подлежат учету по ОМС и оплате:

- случаи одновременного лечения застрахованного в круглосуточном стационаре и оказания ему других видов помощи (амбулаторной помощи, в дневном стационаре), кроме дня поступления и выписки из круглосуточного стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи;

- консультации и экспертизы, проводимые врачебными комиссиями (ВК);

- посещения к врачам вспомогательных отделений (кабинетов);

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

- случаи оказания медицинской помощи при тяжелом повреждении здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;

- выставление нескольких счетов пересекающихся по срокам лечения при оказании амбулаторно-поликлинической помощи застрахованному лицу, врачом одной специальности в рамках одной медицинской организации, за исключением случаев повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по стоматологии, не допускается пересечение случаев лечения по номеру зуба.

3.17. Оплата диспансеризации и профилактического медицинского осмотра взрослого населения осуществляется за комплексное посещение, включающий обязательный набор осмотров, исследований и процедур, определенных Приказом МЗ РФ от 27.04.2021г. № 404н.

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, 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 проведения маммографии, исследования 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, которые проводятся в соответствии с приложением № 2 к Приказу МЗ РФ от 27.04.2021г. № 404н.

Тарифы:

- на проведение 1 и 2 этапа диспансеризации мужчин и женщин в определенные возрастные периоды и на осмотры врачами-специалистами и исследования, при проведении 2 этапа диспансеризации представлены в Приложениях № 5 и № 6;

- на проведение профосмотра в определенные возрастные периоды представлены в Приложениях № 8 и № 8.1.

Тариф выходного дня для случаев 1 этапа диспансеризации взрослого населения и профилактических медицинских осмотров взрослого населения применяется в случаях, когда оказание услуг «Прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра...» или «Прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации...» приходится на выходной день.

Тарифы на медицинские услуги, оказываемые мобильными бригадами не установлены, в связи с отсутствием медицинских организаций, имеющих в своей структуре мобильные медицинские бригады.

3.17.1. Оплата первого 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 (далее детей-сирот) осуществляется за законченный случай лечения, включающий обязательный набор осмотров, исследований и процедур, определенных Порядком проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, утвержденными приказами Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа.

При проведении диспансеризации учитываются результаты диагностики, медицинских осмотров и диспансерного наблюдения, внесенные в историю развития ребенка и (или) медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов и (или) медицинскую карту ребенка, воспитывающегося в доме ребенка, давность которых не превышает 3 месяцев с даты осмотра и (или) исследования, а у детей, не достигших возраста 2 лет, учитываются данные, давность которых не превышает 1 месяца с даты осмотра и (или) исследования. Общая продолжительность 1 этапа диспансеризации должна составлять не более 90 календарных дней.

Тарифы на проведение 1 этапа диспансеризации детей-сирот в определенные возрастные периоды в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» и Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.04.2022 г. № 275н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей -сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» представлены в Приложении № 7.

3.17.2. Профилактический осмотр является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, включенных в Перечень исследований (I этап), в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 года № 514н.

В случае отказа несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) от проведения одного или нескольких медицинских вмешательств, предусмотренных в рамках I или II этапов профилактического осмотра, оформленного в соответствии со статьей 20 Федерального закона, профилактический осмотр считается завершенным в объеме проведенных осмотров врачами-специалистами и выполненных исследований.

Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних представлены в Приложении № 9.

3.17.3. При проведении диспансеризации и профилактических медицинских осмотрах возрастом прохождения является:

- При проведении диспансеризация детей сирот - полный возраст несовершеннолетнего.

- При проведении 1 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения – календарный год, в котором гражданин достигает соответствующего возраста.

- При проведении профилактических медицинских осмотров взрослого населения – календарный год, в котором гражданин достигает соответствующего возраста.

- При проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних до 2 лет – в течение месяца с момента достижения возраста указанного в Приложении 1 Приказа Министерства здравоохранения РФ от 18.08.2017 г. №514н;

- При проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в 2 года - с возраста достижения 2 лет.

- При проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних с 3 лет – в год достижения несовершеннолетними возраста.

Корректировка тарифов производится на основании заключения дополнений и изменений к настоящему тарифному соглашению.

3.17.4. Датой проведения профилактического мероприятия относительно которой применяется тариф является:

- При проведении диспансеризации взрослого населения - дата приема (осмотра) врачом терапевтом:

- При проведении профилактических медицинских осмотрах взрослого населения - дата приема (осмотра) по результатам профилактического медосмотра фельдшером, врачом-терапевтом или врачом по медицинской профилактики:

- При проведении диспансеризация детей сирот – дата приема педиатра;

- При проведении профилактических медицинских осмотров – дата приема педиатра;

3.18. В части в скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации установлены:

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации – 5 205,16 рублей;

2) размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации – 1 285,22 рублей;

3) размер дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи для ГБУЗ «Чукотская окружная больница» - 5 205,16 рублей;

4) коэффициент половозрастного состава для ГБУЗ «Чукотская окружная больница» установлен в размере – 1,0;

5) коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации) для ГБУЗ «Чукотская окружная больница» установлен в размере – 1,0;

6) коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для ГБУЗ «Чукотская окружная больница» установлен в размере – 1,0.

3.19. Единые значения половозрастных коэффициентов дифференциации по половозрастным группам, применяемые для расчета коэффициента половозрастного состава, установлены Приложением № 12 к настоящему Тарифному соглашению.

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

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования (базовая программа ОМС) – 32 708,53 рублей.

2) коэффициенты (Приложение № 15):

- коэффициенты 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;

- коэффициенты половозрастного состава;

- коэффициенты уровня расходов медицинских организаций;

- коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации;

- поправочный коэффициент, в целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования;

- фактический дифференцированный подушевой норматив.

3) размер базового подушевого норматива финансирования, в соответствии с перечнем расходов на медицинскую финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования- Приложение № 16.

4) базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, значение коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико – санитарной помощи взрослому населению и значение коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению– Приложение № 17.

3.21. Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по перечню высокотехнологичной медицинской помощи, установленному в территориальной программе обязательного медицинского страхования, в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного

медицинского страхования, приведенной в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с долями заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, приведенной в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи установлены в Приложении № 23.

3.22. Порядок расчета тарифа на оплату законченного случая лечения лекарственной терапии взрослого населения с учетом применения коэффициента дифференциации к доле заработной платы и прочим расходам в структуре затрат, а также доля заработной платы и прочих расходов в структуре затрат в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи установлены в Приложении № 24.

3.23. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки (включая целевые значения) в соответствии с приложением 12 Методических рекомендаций ФФОМС и Министерства здравоохранения РФ, а также размеры и порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей в амбулаторных условиях установлены в Приложении № 25.

3.24. Оплата тестирования COVID-19 осуществляется в соответствии с правилами предоставления сведений об отдельных видах лабораторных и диагностических исследований, оказываемых в рамках территориальной программы ОМС (Приложение № 20). Код услуги A26.08.027.001, наименование услуги «Тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)».

3.25. Тарифы на услуги ПЭТ КТ и диализа при оказании амбулаторно – поликлинической помощи не установлены, в связи с тем, что на территории Чукотского автономного округа данные медицинские услуги не оказываются. Стоимость медицинской услуги «Маммография с использованием искусственного интеллекта» - 7 773,0 рублей.

IV. Размер неоплаты и неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

Обязательства МО, неисполнение которых предусматривает неоплату или неполную оплату затрат на оказание медицинской помощи, а также уплату МО штрафа по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи устанавливается Приложением № 11 к настоящему Тарифному соглашению.

V. Заключительные положения

5.1. Действие настоящего Соглашения распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2025 по 31.12.2025 г. включительно.

5.2. По взаимному согласию или в соответствии с законодательством

Российской Федерации в настоящее Соглашение могут быть внесены изменения и дополнения, являющиеся его неотъемлемой частью, путем заключения Дополнительного соглашения к Тарифному соглашению.

5.3. По всем вопросам, не урегулированным настоящим Соглашением, Стороны будут руководствоваться действующим законодательством.

Заместитель Губернатора – Председателя
Правительства, начальник Департамента
здравоохранения Чукотского автономного
округа



Фадеев П.А.

Исполняющий обязанности заместителя
начальника Департамента, начальника
Финансово-экономического управления
Департамента здравоохранения Чукотского
автономного округа



Левченко Т.А.

Директор Чукотского территориального
фонда обязательного медицинского
страхования

Заместитель директора, начальник
организационно – правового отдела
Чукотского территориального фонда
обязательного медицинского страхования



Рискин Е.В.

Директор Чукотского филиала
Акционерного общества «Страховая
компания «СОГАЗ-Мед»



Коваленко Е.С.

Руководитель направления Группы
экспертизы и защиты прав застрахованных
Чукотского филиала Акционерного
общества «Страховая компания «СОГАЗ-
Мед»



Вегера С.А.



Солодовник Н.М.