

**Тарифное соглашение
в системе обязательного медицинского страхования
Белгородской области**

г. Белгород

« 23 » января 2025 года

I. Общие положения

Министерство здравоохранения Белгородской области (далее – Министерство) в лице первого заместителя министра Белгородской области, председателя Комиссии по разработке территориальной программы ОМС **Крыловой Людмилы Степановны**, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Белгородской области, (далее – Фонд) в лице директора **Ханиной Ирины Юрьевны**, страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Белгородской области, в лице директора Акционерного общества «Медицинская акционерная страховая компания» филиала АО «МАКС-М» в городе Белгороде **Изварина Андрея Анатольевича**, директора ООО «МСК «Инко-Мед» **Гапеева Александра Григорьевича**, Белгородской региональной общественной организации «Ассоциация врачей Белгородской области» (далее – Ассоциация) в лице секретаря правления **Хайрулиной Ирины Петровны**, Белгородской областной организации профсоюзов работников здравоохранения РФ (далее – Профсоюз) в лице заместителя председателя **Ветковой Людмилы Андриановны**, именуемые в дальнейшем Сторонами, руководствуясь Федеральным законом от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2024 года № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов», (далее – Программа), Правилами обязательного медицинского страхования, утверждёнными приказом Министерства здравоохранения России от 28 февраля 2019 года № 108н (далее – Правила ОМС), действующими правовыми актами об оплате медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), заключили настоящее тарифное соглашение в системе ОМС Белгородской области (далее - ТС).

Предметом ТС является установление тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС на территории Белгородской области. ТС регулирует правоотношения сторон, а также страховых медицинских организаций и медицинских организаций, участвующих в реализации Программы, возникающие при формировании тарифов и их применения в рамках реализации Программы.

В целях реализации ТС устанавливаются следующие основные понятия и определения.

Случай госпитализации в круглосуточный стационар (**случай лечения** в дневном стационаре) – случай диагностики и лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей

объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

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

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

Базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой.

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

Коэффициент дифференциации – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для субъекта Российской Федерации и/или отдельных территорий субъекта Российской Федерации (используемый в расчетах в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации).

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

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

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

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

Коэффициент сложности лечения пациентов – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, применяемый в отдельных случаях в связи со

сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

Подгруппа в составе клинико-статистической группы – группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом классификационных критериев, для которой установлен коэффициент относительной затратноёмкости, отличный от коэффициента относительной затратноёмкости по клинико-статистической группе, с учетом правил выделения и применения подгрупп.

II. Способы оплаты медицинской помощи

Оплата медицинских услуг, оказанных медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, осуществляется в соответствии со следующими способами оплаты медицинской помощи:

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

2.1.1. 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 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 томографии, 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.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю "медицинская реабилитация", оказанной гражданам на дому) на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, за исключением

расходов на оплату телемедицинских консультаций, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения, 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. Установлены отдельные тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в целях проведения взаиморасчетов между медицинскими организациями.

Таким образом, финансовое обеспечение медицинской помощи с применением телемедицинских технологий будет осуществляться:

- в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения – за единицу объема медицинской помощи;

- в медицинских организациях, имеющих прикрепленное население (при оказании медицинской помощи застрахованному лицу, прикрепленному к указанной медицинской организации) – в рамках подушевого норматива финансирования;

- в медицинских организациях, имеющих прикрепленное население (при оказании медицинской помощи застрахованному лицу, прикрепленному к иной медицинской организации) – в рамках межучрежденческих расчетов из средств, получаемых по подушевому нормативу финансирования медицинской организацией, к которой прикреплено указанное застрахованное лицо.

Оплата амбулаторной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, оказанной медицинскими организациями, имеющими прикрепившихся лиц, при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями в режиме реального времени осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Белгородской области.

Оплате подлежит обращение по заболеванию, сформированное из первичного посещения в очной форме и последующих посещений, в том числе с применением телемедицинских технологий (дистанционная консультация).

2.1.2. За единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

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

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

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

- отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, 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 инфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета;

- медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

2.1.3. Финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов осуществляется по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации, рассчитанному с учетом критериев соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

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

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

2.3. при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в

специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, 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 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 №30 к ТС, 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.

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

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

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

с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением №30 к ТС, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, может применяться способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе показателей объема медицинской помощи. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе для больных сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также расходы на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, в том числе центрами здоровья, и расходы на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, приложение № 36.

Способы оплаты медицинской помощи, применяемые к медицинским организациям, осуществляющим деятельность в сфере ОМС, в разрезе условий ее оказания на 2025 год приведены в приложении № 1.

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Тарифы на оплату медицинской помощи определяются в зависимости от формы, вида и условий оказания медицинской помощи по способам оплаты медицинской помощи, указанным в разделе II «Способы оплаты медицинской помощи» ТС.

Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определены в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», разделом IV программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, утвержденной постановлением правительства Российской Федерации от 27 декабря 2024 года №1940 и разделом XII Правил ОМС.

Расходы на заработную плату включаются в тариф в соответствии с постановлениями, распоряжениями Правительства Российской Федерации и Правительства Белгородской области, регулирующими вопросы оплаты труда работников здравоохранения. В тарифы на оплату медицинской помощи в части расходов на заработную плату включено финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, предусматривающих рост заработной платы в соответствии с индикаторами Государственной Программы Российской Федерации «Развитие Здравоохранения», приобретение мягкого инвентаря и продуктов питания – в соответствии с нормами потребления.

Оплата медицинской помощи в сфере ОМС Белгородской области осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи в сфере ОМС Белгородской области на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС Белгородской области, в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Контроль объемов и финансового обеспечения оказанной медицинской помощи установить по кварталу, за исключением профилактических мероприятий, оказания высокотехнологичной помощи в условиях круглосуточного стационара и медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении в условиях дневного стационара, контроль объемов и финансового обеспечения которых установить по году.

Тарифы на проведение заместительной почечной терапии методами гемодиализа включают расходы на приобретение расходных материалов, при этом проезд пациентов до места оказания услуг не включен в тариф на оплату медицинской помощи.

Размер тарифа определяется дифференцированно с учетом коэффициента уровня медицинской организации.

Коэффициент уровня медицинской организации устанавливается дифференцированно для групп медицинских организаций:

а) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации первого уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа);

б) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации второго уровня оказания медицинской помощи применяется при

расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению нескольких муниципальных образований, а так же указанной медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами;

в) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации третьего уровня оказания медицинской помощи применяется при расчете тарифа на оплату специализированной медицинской помощи медицинскими организациями, оказывающими населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС в Белгородской области, определенный на основании нормативов объемов медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС на 2025 год, исходя из общей численности застрахованного населения по состоянию на 01.01.2024 года - 1 495 293 человек, без учета расходов на оказание медицинской помощи лицам, застрахованным в Белгородской области и получающим медицинскую помощь за ее пределами, составляет:

- в амбулаторных условиях – 7 856,8 рублей,
- в условиях круглосуточного стационара – 8 716,0 рублей;
- в условиях дневного стационара – 1 854,1 рублей;
- в условиях скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации – 1 193,5 рублей.

3.1. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, центров здоровья, школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом и стоимости медицинской помощи оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности в размере 1,0% от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц) (Пнбаз) на 2025 год устанавливается в размере 1 595,3 рублей, или 132,94 рублей в расчете на месяц.

Средний размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности устанавливается в размере 17,8 рубля или 1,48 рубля в месяц. Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения

целевых значений показателей результативности деятельности, устанавливается в размере 1,0% от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц (в амбулаторных условиях) для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

В подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи включается объем амбулаторной помощи, оказываемой:

- участковой службой (врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами);
- врачами специалистами;
- диспансерное наблюдение несовершеннолетних;
- проведение диагностических исследований (за исключением проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, сцинтиграфии, услуг, выполняемых при новообразованиях, оптическое исследование отдела глаза с помощью компьютерного анализатора);
- проведение лабораторных исследований (за исключением проведения молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии);
- оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий;
- 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;
- посещение при выездах мобильных медицинских комплексов (мобильных медицинских бригад) для оказания медицинской помощи застрахованным лицам.

В подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи не включаются расходы на:

- проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», за исключением углубленной диспансеризации, от 10 августа 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15 февраля 2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 21 апреля 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, от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», от 04.06.2020г. № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями», включая вторые этапы;

- проведение углубленной диспансеризации;
- проведение оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;
- диспансерное наблюдение детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;
- финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов;
- 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;
- проведение ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, сцинтиграфия, оптическое исследование отдела глаза с помощью компьютерного анализатора;
- ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом;
- посещение центров здоровья;
- оказание стоматологической помощи;
- медицинскую реабилитацию;
- оказание неотложной медицинской помощи;
- консультативный прием в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения;
- проведение заместительной почечной терапии методом гемодиализа и перитонеального диализа в амбулаторных условиях;
- отдельные услуги, выполненные при новообразованиях.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи по проведению всех видов диспансеризации, профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, диспансерного наблюдения, школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, посещений центров здоровья, порядки, проведения которых установлены нормативными правовыми актами, на 2025 год устанавливается в размере 3 406,7 рубля в расчете на одного застрахованного в год, или 283,9 рубля в месяц.

Средний размер финансового обеспечения структурных подразделений медицинских организаций, а именно: фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФАП), составляет 440,3 рублей на одного застрахованного в год, или 36,7 рублей в месяц. Объем средств, направляемый на финансовое обеспечение ФАПов, включает в себя средства на оплату медицинской помощи в фельдшерских, ФАПах.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерских, ФАПов.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, составляет 2 229,5 рублей в год, или 185,8 рубля в месяц в расчете на одного застрахованного.

Размер базовых нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи составляет при оплате:

- посещений с иными целями – 372,10 рублей;
- посещений в неотложной форме – 983,60 рублей;
- обращений в связи с заболеваниями – 2 064,70 рублей;
- профилактических медицинских осмотров – 2 620,50 рублей;
- диспансеризации – 3 202,70 рубля, в том числе углубленная диспансеризация – 1 384,80 рублей;
- оценка репродуктивного здоровья – 1 842,70 рублей;
- диспансерное наблюдение – 2 661,10 рублей, в том числе онкологических заболеваний – 3 757,10 рублей, сахарного диабета – 1 418,50 рублей, болезней системы кровообращения – 3 154,30 рублей;
- компьютерной томографии – 3 438,90 рубля;
- магнитно-резонансной томографии – 4 695,50 рублей;
- ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 694,40 рубля;
- эндоскопического диагностического исследования – 1 273,30 рублей;
- молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – 10 693,20 рубля;
- патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2 637,10 рубля;
- ПЭТ/КТ – 35 414,40 рублей;
- ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ – 4 859,60 рублей;
- школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями – 1 430,40 рублей, в том числе с сахарным диабетом – 1 324,40 рублей;
- посещений центров здоровья – 2 318,80 рублей;
- комплексное посещение при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» - 25 427,70 рублей.

Подушевые нормативы для определения объемов финансовых средств устанавливаются для медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеющих прикрепленное население.

В целях сохранения сбалансированности территориальной программы обязательного медицинского страхования используются рассчитанные значения среднего взвешенного коэффициента дифференциации (СКДот) и среднего взвешенного половозрастного коэффициента (СКДпв) (приложение №2).

При расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц применяются следующие коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования (приложение №2):

1) 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 $KD_{от}$;

2) коэффициенты половозрастного состава $KD_{пв}$;

3) коэффициенты уровня расходов медицинских организаций $KD_{ур}$.

Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения $KD_{зп}$ применяется равным 1. Коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи равен 1.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи учитывают различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры населения, приложение №3. При этом для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше устанавливается значение половозрастного коэффициента в размере не менее 1,6.

Мониторинг достижения целевых значений показателей результативности деятельности медицинских организаций (приложение №4) проводится Комиссией ежеквартально. Оценка результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью осуществления выплат стимулирующего характера производится по итогам года. Методика оценки результативности деятельности медицинских организаций определяется совместным приказом Министерства здравоохранения Белгородской области и территориального фонда ОМС.

Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях (посещения, обращения), включенная в подушевой норматив оплачивается в пределах объемов, установленных комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Белгородской области по тарифам согласно приложению №5.

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, посещений центров здоровья и диспансерного наблюдения осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе углубленной диспансеризации, диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних установлены в приложениях №6,7,8.

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования установлены с учетом в том числе расходов, связанных с использованием систем поддержки

принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) (при проведении маммографии, рентгенографии или флюорографии грудной клетки, компьютерной томографии органов грудной клетки), в соответствии с порядком проведения профилактического медицинского осмотра диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (в случае оказания соответствующей медицинской помощи). При проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации за счет средств обязательного медицинского страхования с учетом расходов, связанных с использованием систем поддержки принятия врачебных решений, установлен тариф с использованием искусственного интеллекта (приложения №6,11,17 к Тарифному соглашению).

Для женщин и мужчин репродуктивного возраста поэтапно в зависимости от возрастных групп одновременно с прохождением профилактического осмотра или диспансеризации организуется проведение диспансеризации, направленной на оценку их репродуктивного здоровья (далее - диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин), включающей исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно приложению №6 к ТС.

Диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц.

Оплата случаев диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядком проведения диспансерного наблюдения, в зависимости от заболевания и, соответственно, кратности посещений (БСК, онкологические болезни, сахарный диабет и пр.) с учетом требований приказа Минздрава России от 15.03.2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», от 04.06.2020 г. №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями» по тарифам согласно приложению №9.

Для медицинских организаций, имеющих в структуре мобильные медицинские бригады, устанавливаются повышающие коэффициенты в размере 1,05 к тарифам на посещения, обращения, медицинские услуги при оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами.

Финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, а также видов расходов, не включенных в подушевой норматив, осуществляется за единицу объема медицинской помощи по тарифу за посещение (обращение) к врачу определенной специальности в соответствии с приложением №5.

Медицинская помощь оплачивается по утвержденным тарифам за фактически выполненные объемы в пределах объемов, установленных комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Белгородской области для медицинских организаций, в том числе:

- согласно приложению № 10 за проведение сеансов гемодиализа (при этом для расчета стоимости услуги диализа к базовому тарифу применяются коэффициенты относительной затратоемкости);

- согласно приложению № 11 за оказание диагностических услуг, а именно: МРТ, СКТ, КТ (в том числе с использованием ИИ), ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, сцинтиграфии, оптическое исследование отделов глаза с помощью компьютерного анализатора.

При СКТ, МРТ исследовании двух и более зон с внутривенным контрастированием и внутривенным болюсным контрастированием в один день:

- оплата исследования одной зоны осуществляется по тарифам для СКТ, МРТ с внутривенным контрастированием и внутривенным болюсным контрастированием (приложение №11);

- оплата каждой последующей зоны осуществляется по тарифам для СКТ и МРТ (рутинная) (приложение №11);

- согласно приложению № 12 за лабораторные услуги, выполняемые централизованными лабораториями;

- согласно приложению № 13 за медицинские услуги, выполняемые при новообразованиях;

- согласно приложению № 14 за комплексные посещения, выполняемые по медицинской реабилитации в амбулаторных условиях.

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации.

При этом комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10-12 посещений.

При оказании медицинской реабилитации на дому на период лечения пациенту могут предоставляться медицинские изделия, предназначенные для восстановления функций органов и систем, в соответствии с клиническими рекомендациями по соответствующему заболеванию.

Медицинская реабилитация предоставляется участникам специальной военной операции во внеочередном порядке в соответствии с положениями, установленными Программой, в том числе в амбулаторных условиях и на дому. При оказании медицинской реабилитации на дому на период лечения пациенту предоставляются медицинские изделия, предназначенные для восстановления функций органов и систем, в соответствии с клиническими рекомендациями по соответствующему заболеванию. Медицинская реабилитация, предоставляемая

участнику специальной военной операции, при наличии медицинских показаний может включать продолжительную медицинскую реабилитацию (длительностью 30 суток и более).

Осуществлять оплату медицинской реабилитации в амбулаторных условиях дифференцированно, в том числе в зависимости от оценки состояния пациента по ШРМ (1-3 балла) и заболевания (профиля заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация.

Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации. При этом, по решению лечащего врача консультация отдельных специалистов в рамках комплексного посещения может осуществляться в том числе с использованием телемедицинских технологий (1-2 посещения).

Комплексное посещение с профилактическими целями центров здоровья осуществляется вне подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях за единицу объема.

Медицинские услуги, оказанные взрослому населению в центрах здоровья, оплачиваются на основе тарифов (приложение № 15). В тарифе комплексного обследования предусмотрены компенсационные затраты на проведение услуг школ здоровья и групп лечебной физкультуры. Оплата обследования с целью динамического наблюдения в центрах здоровья производится по тарифу динамического наблюдения, включающего осмотр врача центра здоровья и услуги, требующей динамического наблюдения из перечня обязательных услуг. Динамическое наблюдение не осуществляется в день проведения комплексного обследования.

Финансирование деятельности ФАПов осуществляется ежемесячно на основании нормативов финансирования структурных подразделений медицинских организаций, установленных в приложении № 16 к ТС, рассчитанными в соответствии с актами согласования объемов финансирования, составленными между страховыми медицинскими и медицинскими организациями по состоянию на 1-е число отчетного квартала из расчета 1/12 годовой суммы, предусмотренной на эти цели.

В случае оказания медицинской помощи фельдшерскими здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами женщинам репродуктивного возраста, но при отсутствии в указанных пунктах акушеров полномочия по работе с такими женщинами осуществляются фельдшером или медицинской сестрой (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем).

В этом случае размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения (приложение № 16 к ТС).

В случае если у фельдшерских, ФАПов в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских, ФАПов изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских, ФАПов за предыдущие периоды с начала года.

Оплата медицинских услуг, выполненных медицинскими организациями по поручению и для нужд других медицинских организаций, реализующих территориальную программу ОМС, в том числе с применением телемедицинских технологий, т.е. дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой (врач-врач), а также дистанционное предоставление заключения (расшифровка, описание, интерпретация) по данным выполненного исследования (межучережденческие расчеты) производится по тарифам, определенным приложением № 17 к ТС на основании заключенных между ними договоров.

В случае заключения договора с медицинскими организациями, не участвующими в реализации Программы, оплата производится по ценам, в соответствии с нормативно-правовыми актами Российской Федерации.

Стоматологическая помощь оплачивается в пределах объемов, установленных комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Белгородской области на основе шкалы единых тарифов, установленной в приложении № 5 к ТС.

Стоимость УЕТ, используемая при оплате медицинской помощи, рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{УЕТ} = \text{ЗП}_{\text{мин}} \times 10 \text{ мин.} \times \text{K}_{\text{ауп}} \times \text{K}_{\text{накл}}, \text{ где:}$$

- $\text{ЗП}_{\text{мин}}$ объем затрат на оплату труда медицинского персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги), в расчете на 1 минуту (без учета коэффициента дифференциации), рублей;
- $\text{K}_{\text{ауп}}$ поправочный коэффициент, применяемый в целях учета доли средств на оплату труда административного и управленческого персонала медицинской организации, не принимающего непосредственного участия в оказании медицинской помощи (при отсутствии соответствующих сведений рекомендуется использовать значение 1,25);
- $\text{K}_{\text{накл}}$ поправочный коэффициент, применяемый в целях учета накладных расходов, в том числе на приобретение медикаментов и перевязочных средств, при оказании амбулаторной стоматологической помощи (при отсутствии соответствующих сведений рекомендуется использовать значение 1,21).

Оплата стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, осуществляется по посещениям и обращениям с учетом УЕТ, рассчитанной по

формуле и в соответствии с классификатором основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) (приложение № 18).

Медицинская помощь при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета оплачивается вне подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях за единицу объема, по тарифам, установленным приложением №35.

Оплата посещений школы сахарного диабета осуществляется за единицу объема медицинской помощи – комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля.

За счет средств обязательного медицинского страхования оказывается проведение 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, в указанных медицинских организациях.

При этом возмещение расходов медицинской организации, имеющей в своей структуре патолого-анатомическое отделение, на проведение патолого-анатомических вскрытий осуществляются в рамках оплаты прерванного случая госпитализации по соответствующей клинико-статистической группе заболеваний/состояний.

3.2. Оплата скорой медицинской помощи вне медицинской организации.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации (Пнбаз) на 2025 год составляет 1 193,5 рубля, в том числе в расчете на месяц устанавливается равным 99,5 рублей.

Средняя стоимость вызова скорой медицинской помощи – 4 292,9 рублей.

Подушевые нормативы для определения объемов финансовых средств устанавливаются для медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации.

К подушевому нормативу на оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации применяются коэффициент дифференциации *i*-той медицинской организации (Кд_і), половозрастной коэффициент дифференциации, рассчитанный для соответствующей медицинской организации (КДпв), коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических

особенностей, размер медицинской организации) для i -той медицинской организации) $K_{Дур}$. Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения, для медицинской организации равен 1 (приложение №19).

Размеры дифференцированных подушевых нормативов для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население и коэффициентов дифференциации, установлены приложением № 19.

Оплата скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказанной застрахованным жителям Белгородской области, осуществляется по подушевым нормативам с учетом численности прикрепленных к медицинской организации застрахованных граждан, определенной актами согласования численности, составленными между страховыми медицинскими и медицинскими организациями, в пределах распределенных объемов финансового обеспечения медицинской организации.

Оплата случаев проведения тромболитической терапии включена в подушевой норматив финансирования.

При оказании скорой медицинской помощи лицам за пределами территории страхования оплата производится территориальным фондом ОМС по тарифам за вызов (приложение № 20).

Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, в том числе расходов на дистанционное предоставление заключения (расшифровка, описание, интерпретация) по данным выполненного исследования, производится по тарифам определенным приложением № 17 на основании заключенных между медицинскими организациями договоров.

3.3. При оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара и в условиях дневного стационара, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях).

Оплата оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и в условиях дневного стационара, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), осуществляется с учетом методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, разработанных Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и Группировщиком.

Программой предусмотрены средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для медицинской реабилитации и средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за исключением медицинской реабилитации. При этом базовая ставка едина для всех профилей медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (в том числе для профиля «медицинская реабилитация»).

Норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи составляет:

- в условиях круглосуточного стационара – 51 453,10 рублей;
- в условиях дневного стационара – 30 277,70 рублей.

При этом недопустимо установление значений базовых ставок в стационарных условиях и условиях дневного стационара без учета коэффициента дифференциации ниже минимальных размеров базовых ставок, используемых при формировании Перечня, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, утверждаемой в составе Программы:

- в стационарных условиях – 32 120,12 руб.;
- в условиях дневного стационара – 17 622,00 руб.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) составляет:

- для круглосуточного стационара – 33 456,04 рублей;
- для дневного стационара – 18 655,93 рублей.

Средняя стоимость одного случая экстракорпорального оплодотворения составляет 108 861,20 рублей.

При расчете средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ, учтен перечень заболеваний (состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в соответствии с приложением № 4 к постановлению Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2024 года № 1940 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов».

Расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ осуществляется на основе следующих экономических параметров:

- размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка);
- коэффициент относительной затратоемкости ($KЗ_{КСГ}$) (приложение №№21,22);
- коэффициент специфики оказания медицинской помощи ($КС_{КСГ}$) (приложение №21,22);
- коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации ($КУС_{МО}$) в условиях круглосуточного стационара (приложение № 23).
- коэффициент сложности лечения пациента ($КСЛП$) (приложение № 24).

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре ($СС_{КСГ}$) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов) определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times KЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + БС \times КД^* \times КСЛП, \text{ где}$$

БС базовая ставка, рублей;

$KЗ_{КСГ}$ коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;

КС _{КСГ}	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);
КУС _{МО}	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Постановление № 462), на 2025 год значение коэффициента равно 1,0;
КСЛП	коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости – сумма применяемых КСЛП) * - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» (равно единице).

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$CC_{КСГ} = BC \times KЗ_{КСГ} \times ((1 - Дзп) + Дзп \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КД) + BC \times КД^* \times КСЛП,$$

где

BC	базовая ставка, рублей;
КЗ _{КСГ}	коэффициент относительной затроемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;
Дзп	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ;
КС _{КСГ}	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);

КУС_{МО} коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Постановление № 462), на 2025 год значение коэффициента равно 1,0.

КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП)
* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» (равно единице).

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ в условиях круглосуточного и дневного стационара определены приложениями №№21, 22 к ТС.

Коэффициент специфики применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи. При выделении подгрупп в составе базовой КСГ коэффициент специфики учитывается при расчете коэффициентов относительной затратоемкости выделенных подгрупп. К подгруппам в составе КСГ коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1). Перечень КСГ, к которым не применяются поправочные коэффициенты специфики (КСкскг-понижающие, КСкскг-повышающие) при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров определены приложением №25.

К КСГ, начинающихся с символов st19 и ds19 (профиль «Онкология»), а также st08 и ds08 (профиль «Детская онкология»), коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1).

К КСГ, включающим оплату медицинской помощи при заболеваниях, лечение которых должно преимущественно осуществляться в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, повышающий коэффициент специфики не применяется.

Перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) в условиях круглосуточного стационара установлен приложением №26.

В связи с отсутствием различий в оказании медицинской помощи в дневном стационаре в медицинских организациях области коэффициент уровня оказания медицинской помощи равен 1,0.

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи, устанавливается тарифным соглашением к отдельным случаям оказания медицинской помощи и в обязательном порядке отражается в реестрах счетов.

Перечень сопутствующим заболеваний и осложнений заболевания, влияющих на сложность лечения, установлен приложением №27.

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

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных приложением №24, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

КСЛП «Проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов» применяется один раз к случаю лечения, в том числе в случае, если оплата случая лечения осуществляется по двум КСГ.

Перечень сочетанных (симультанных) хирургических вмешательств, выполняемых во время одной госпитализации, представлен в приложении №28.

Перечень хирургических вмешательств, при проведении которых одновременно на двух парных органах может быть применен КСЛП, представлен в приложении № 29.

3.4. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся:

- 1) случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
- 2) случаи лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
- 3) случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
- 4) случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
- 5) случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;
- 6) случаи лечения, закончившиеся летальным исходом (за исключением случаев, закончившихся летальным исходом длительностью более 3 дней, которые оплачиваются в полном объеме при условии отсутствия иных оснований считать случай прерванным);
- 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 пп. 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, установленным приложением №33;

9) случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, st37.027, st37.028, st37.029, st37.030, st37.031, ds37.017, ds37.018, ds37.019, а также случаев лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020-ds12.027 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и Группировщиком.

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, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2-10 Приложения №31 настоящего Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2-4 пункта 3.4 Тарифного соглашения.

Приложением №30 определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, несвязанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

В случае выделения подгрупп в составе КСГ, не включенных в вышеуказанный перечень, отдельные подгруппы в составе таких КСГ могут оплачиваться в полном объеме в случае длительности госпитализации/лечения 3 дня и менее.

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

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

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

Приложением №32 к определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи лечения по КСГ, не входящие в приложение № 32, не могут быть оплачены с применением вышеперечисленных размеров оплаты прерванных случаев.

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

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

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям пп. 7 и 9, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям прерванности) в следующих случаях:

1. При условии проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике.

2. При условии снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (при этом 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.

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.

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.

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).

3.5. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи.

Высокотехнологичная медицинская помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет средств ОМС, оплачивается в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи (приложение №33).

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам. В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

При оказании высокотехнологичной помощи на парных органах в рамках одной госпитализации, оплата осуществляется за законченный случай госпитализации.

В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи с применением метода лечения, включенного в приложение №33 по ВМП, либо после оказания высокотехнологичной медицинской помощи определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения как для специализированной, так и для высокотехнологичной медицинской помощи, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

Если пациенту в момент оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «неонатология», «детская хирургия в период новорожденности», «офтальмология», «сердечно-сосудистая хирургия», «педиатрия», «торакальная хирургия» определяются показания к проведению иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции, то данный случай оплачивается по двум (нескольким) тарифам: в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и по соответствующей КСГ в рамках специализированной медицинской помощи. Кратность применения КСГ «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции» должна соответствовать количеству введений паливизумаба для проведения иммунизации за весь период госпитализации.

Количество случаев высокотехнологичной помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, оказанной в стационарных условиях, не должно превышать количества случаев госпитализации в пределах объёмов услуг по профилям и группам, утвержденных приказом министерства здравоохранения Белгородской области.

3.6. Оплата услуг диализа.

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, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в условиях круглосуточного стационара – за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи, приложение №10.

При этом в период лечения, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. В случае, если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

IV. Неоплата или неполная оплата услуг

Неоплата или неполная оплата медицинских услуг, а также взыскание с медицинской организацией штрафов за ненадлежащее исполнение обязательств, неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, осуществляются Фондом и (или) страховыми медицинскими организациями по результатам проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в форме медико-экономического контроля (МЭК), медико-экономической экспертизы (МЭЭ) и экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение №34).

Финансовые санкции по результатам МЭЭ и ЭКМП применяются к стоимости законченного случая.

Для расчёта страховыми медицинскими организациями размера финансовых санкций, применяемых к медицинской организации по результатам МЭЭ и ЭКМП по случаям оказания медицинской помощи врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами), применяется стоимость посещения, обращения; по случаям оказания скорой медицинской помощи – стоимость вызова, утвержденные ТС.

В соответствии с пунктом 154 Правил ОМС размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением №34 к ТС) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{HO}, \text{ где}$$

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

PT – размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

$K_{но}$ – коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

Значение коэффициента для определения размера неполной оплаты медицинской помощи приведены в приложении №34 к ТС.

В случаях применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи рассчитывается по формуле:

$$H = (PT_1 - PT_2) + PT_2 \times K_{но}, \text{ где:}$$

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

PT_1 – размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

PT_2 – размер тарифа на оплату медицинской помощи, который применяется за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу);

$K_{но}$ – коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с приложением №34 к ТС.

Если стоимость случая, подлежащего неоплате (неполной оплате) не является тарифом, утвержденным ТС, или получена расчетным путем, в том числе с использованием доли оплаты прерванных случаев, то параметр PT следует понимать как сумму, выставленную к оплате по законченному случаю лечения.

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, рассчитывается по формуле:

$$C_{шт} = RP \times K_{шт}, \text{ где}$$

$C_{шт}$ – размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

RP – установленный тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении которой проводится контроль объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи,

оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного стационара, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, установленный территориальной программой на год (за исключением кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением №34 к ТС, для которого РП – размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи).

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях:

- круглосуточного стационара – 8 716,0 рублей;

- дневного стационара – 1 854,10 рублей;

- скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации – 1 193,50 рубля;

- в амбулаторных условиях – 7 856,80 рублей.

К_{шт} – коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Значение коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества установлены в приложении №34 к ТС.

V. Заключительные положения

ТС заключается на один финансовый год и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года.

В ТС вносятся изменения:

а) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Белгородской области, в части включения (исключения) медицинских организаций;

б) в случае необходимости дополнения (исключения) сведений, влияющих на способы оплаты и величину тарифа на оплату медицинской помощи;

в) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;

г) при внесении изменений в требования к тарифному соглашению, приводящие к изменению структуры и содержанию тарифного соглашения;

д) при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменений перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

е) при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, высшим исполнительным органом государственной власти Белгородской области решений, приводящих к необходимости внесения изменений в тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату

медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

ТС может быть изменено или дополнено по взаимному согласию всех Сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью ТС с момента их подписания Сторонами.

Стороны принимают на себя обязательства строго выполнять ТС.

Подписи сторон:

МИНИСТЕРСТВО:



[Signature]
Л.С. Крылова

ФОНД:



[Signature]
И.Ю. Ханина

ПРОФСОЮЗ:



[Signature]
Л.А. Веткова

АССОЦИАЦИЯ:



[Signature]
И.П. Хайрулина

АО «МАКС-М»



[Signature]
А.А. Изварин

ООО «МСК «Инко-Мед»



[Signature]
А.Г. Гапеев