

## **15. Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам в рамках программы ОМС**

75. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, за исключением тарифов на оплату специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой при заболеваниях, состояниях (группах заболеваний, состояний) в стационарных условиях и условиях дневного стационара в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования федеральными медицинскими организациями устанавливаются в соответствии со статьей 30 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» тарифным соглашением между Министерством здравоохранения Забайкальского края, территориальным фондом обязательного медицинского страхования Забайкальского края, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), представители которых включены в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

76. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются в соответствии с принятыми в программе ОМС способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

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

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

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

77. Министерство здравоохранения Забайкальского края при решении вопроса об индексации заработной платы медицинских работников медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Забайкальского края, обеспечивает в приоритетном порядке индексацию заработной платы медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и скорую медицинскую помощь.

Индексация заработной платы осуществляется с учетом фактически сложившегося уровня отношения средней заработной платы медицинских работников к среднемесячной начисленной заработной плате работников в организациях, у индивидуальных предпринимателей и физических лиц (среднемесячному доходу от трудовой деятельности) по Забайкальскому краю.

Размер субвенции обеспечивает сохранение соотношения заработной платы к среднемесячному доходу от трудовой деятельности в регионе для врачей - 200 процентов, среднего медицинского персонала - 100 процентов в соответствии с Указом Президента Российской Федерации "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики" с учетом доли средств обязательного медицинского страхования в фонде оплаты врачей и среднего медицинского персонала - 83,0 процента.

Оплата труда медицинских работников по проведению профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включая углубленную диспансеризацию, осуществляется в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации в случае работы за пределами установленной для них продолжительности рабочего времени.

78. При реализации программы ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации:

1) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях: по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечнососудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии/позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии / однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее - ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), на ведение школ 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 средств 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), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях, за единицу объема медицинской помощи;

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Забайкальского края, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, 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, получаемой иной медицинской организацией, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц), медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических 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 сахарным диабетом в части ведения школ сахарного диабета;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

2) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

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

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 круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которых медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме, по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 календарных дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 7 к настоящей Территориальной программе, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

3) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы 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 которых медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме, по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его

письменном отказе от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 календарных дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 7 к настоящей Территориальной программе, 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);

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 в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Забайкальского края, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

В рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при финансовом обеспечении первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи могут выделяться подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «акушерство и гинекология» и (или) «стоматология» для оплаты первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи по соответствующим профилям.

При этом оплата иной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (за исключением отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, а также молекулярногенетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), ведения школ 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 средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, в том числе центрами здоровья, медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Забайкальского края, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц), осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, рассчитанному с учетом выделения объемов финансового обеспечения оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «акушерство и

гинекология» и (или) «стоматология» в отдельные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц. В подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по профилям «акушерство и гинекология» и (или) «стоматология» включаются расходы на медицинскую помощь по соответствующим профилям, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.

79. 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).

При этом перераспределение средств обязательного медицинского страхования, предусмотренных на профилактические мероприятия, в счет увеличения размера базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц не допускается.

80. 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 указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели 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), ведения школ для больных сахарным диабетом, ведение школ 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.

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 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. Также возможно установление отдельных тарифов на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в целях проведения взаиморасчетов между медицинскими организациями, в том числе для оплаты услуг референс-центров.

По медицинским показаниям и в соответствии с клиническими рекомендациями медицинские работники медицинских организаций, расположенных в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах организуют проведение консультации с использованием дистанционных (телемедицинских) технологий с последующим внесением соответствующей информации о проведении и результатах такой консультации в медицинскую документацию пациента.

В соответствии с клиническими рекомендациями по медицинским показаниям медицинские организации могут организовать предоставление лекарственных препаратов для лечения гепатита С для приема пациентами на дому. В этом случае прием врача может проводиться с использованием дистанционных (телемедицинских) технологий, результаты лечения должны быть подтверждены лабораторными исследованиями.

При этом финансовое обеспечение оказания указанной медицинской помощи осуществляется с учетом передачи медицинскими организациями структурированных электронных медицинских документов в порядке и в соответствии с перечнем, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

81. Распределение объема отдельных диагностических (лабораторных) исследований (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) между медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляется при наличии в имеющейся у медицинской организации лицензии на медицинскую деятельность указания на соответствующие работы (услуги).

82. Назначение отдельных диагностических (лабораторных)

исследований (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) осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний в сроки, установленные настоящей Территориальной программой.

83. С 2026 года оплата лечения с проведением противоопухолевой терапии за счет средств обязательного медицинского страхования с использованием лекарственных препаратов по перечню, утвержденному Министерством здравоохранения Российской Федерации, будет осуществляться с учетом количества фактически использованного лекарственного препарата.

84. Для расчета стоимости медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой лицам в возрасте 65 лет и старше, применяется коэффициент дифференциации для подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц не менее 1,6, за исключением подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «Акушерство и гинекология».

85. Для расчета стоимости медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях и их обособленных подразделениях (включая врачебные амбулатории), расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, применяются следующие коэффициенты дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия указанных подразделений и расходов на их содержание и оплату труда персонала:

- для медицинских организаций, обслуживающих до 20 тысяч человек, - не менее 1,113;
- для медицинских организаций, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, - не менее 1,04.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц (взрослое население) для центральных районных, районных и участковых больниц не может быть ниже подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц для медицинских организаций, обслуживающих взрослое городское население. Применение понижающих коэффициентов при установлении подушевых нормативов финансирования недопустимо.

86. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, составляет в среднем на 2025 год:

- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 101 до 900 жителей, - 2 105,3 тыс. рублей;
- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 901 до 1500 жителей, - 4 210,6 тыс. рублей;
- фельдшерский здравпункт фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1501 до 2000 жителей, - 5 005,4 тыс. рублей.

В случае оказания медицинской помощи указанными 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, аборт 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.

Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих до 100 и более 2000 жителей, устанавливается с применением понижающих и повышающих поправочных коэффициентов к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей и обслуживающего от 1501 до 2000 жителей:

в размере 0,75 - для фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих менее 100 жителей;

в размере 1,123 - для фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих более 2000 жителей.

87. Нормативы объема медицинской помощи в рамках настоящей Территориальной программы с учетом уровней оказания медицинской помощи утверждены в соответствии с приложением № 9 к настоящей Территориальной программе.