

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
на оплату медицинской помощи, оказываемой
по Территориальной программе обязательного медицинского страхования
на территории Ярославской области, на 2022 год

г. Ярославль

31.01.2022

Раздел 1. Общие положения

1.1 Представители Сторон

Департамент здравоохранения и фармации Ярославской области (далее – ДЗиФ ЯО) в лице заместителя директора Пиклун О.А, заместителя директора Волковой Т.Р.,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ярославской области в лице директора Смысловой Д.В., заместителя директора Олендарь Н.В.,

страховые медицинские организации в лице директора филиала общества с ограниченной ответственностью «Капитал Медицинское Страхование» в Ярославской области Желткевича И.С., директора Ярославского филиала акционерного общества «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Щеголева А.В.,

Ярославская региональная общественная организация «Ассоциация медицинских работников» в лице председателя ассоциации Комаровой И.И., члена ассоциации Белокурова С.Ю.,

Ярославская областная организация профессионального союза работников здравоохранения РФ в лице председателя Трановой Л.В., председателя первичной профсоюзной организации ГАУЗ ЯО «Клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.В. Соловьева» Романова О.В.,

именуемые в дальнейшем Стороны.

1.2 Основания для заключения Тарифного соглашения

в соответствии с:

- Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

- Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ),

- постановлением Правительства РФ от 28.12.2021 № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» (далее – Программа),

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»,

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»,

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231 «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию зарегистрированным лицам, а также ее финансового обеспечения»,

- письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.01.2022 № 11-7/И/2-275 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022-2024 годы»,

- постановлением Правительства Ярославской области «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Ярославской области медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» (далее – Территориальная программа),

- совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (далее – Методические рекомендации),

Стороны заключили настоящее Тарифное соглашение об установлении тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями по территориальной программе обязательного медицинского страхования на территории Ярославской области, на 2022 год (далее – Тарифное соглашение).

1.3 Предмет Тарифного соглашения

Предметом настоящего Тарифного соглашения является согласование Сторонами:

Положения о порядке оплаты медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования Ярославской области.

Тарифов на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС):

- в амбулаторно–поликлинических условиях,
- в стационарных условиях,
- в условиях дневного стационара всех типов,
- при оказании скорой медицинской помощи.

Дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций.

1.4 Основные термины и определения

Медицинская помощь, оказанная в рамках базовой программы ОМС – первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации),

специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств ОМС при заболеваниях и состояниях указанных в разделе III Программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения, в том числе профилактические мероприятия, включая диспансеризацию, диспансерное наблюдение (при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе III Программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения) и профилактические медицинские осмотры граждан, в том числе их отдельных категорий, указанных в разделе III Программы, мероприятия по медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях амбулаторно, стационарно и в условиях дневного стационара, аудиологическому скринингу, а также по применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Медицинская организация в сфере ОМС – медицинская организация, имеющая право на осуществление медицинской деятельности и включенная в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ в единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, включающий в себя сведения о медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, оказывающих медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона № 326-ФЗ, и реестры медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС по территориальным программам ОМС.

Уровень медицинской организации – уровень, к которому согласно трехуровневой системе организации медицинской помощи отнесена медицинская организация в зависимости от административно-территориальной принадлежности и видов оказываемой в ней медицинской помощи.

Способ оплаты медицинской помощи – установленный Программой в рамках базовой программы ОМС и Территориальной программой в рамках базовой программы ОМС способ финансирования медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в тех или иных условиях, установленных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 32 п. 3).

Установленный объем медицинской помощи – годовой объем медицинской помощи по условиям ее оказания, выраженный в единицах объема (вызов, посещение, обращение по заболеванию, медицинская услуга, случай госпитализации в условиях круглосуточного или дневного стационаров), установленный для медицинской организации решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Вызов скорой помощи – случай обращения в медицинскую организацию скорой медицинской помощи по поводу заболевания, несчастного случая, травмы, отравления или другого состояния, представляющего угрозу жизни пациента, требующего срочного медицинского вмешательства вне медицинской организации скорой медицинской помощи, в результате которого пациенту была оказана скорая медицинская помощь выездной бригадой с оформлением карты вызова скорой медицинской помощи.

Посещение с профилактической и иными целями – контакт пациента с врачом (средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием) с целью получения превентивных или иных профилактических мероприятий, в том числе: диспансеризация определенных групп населения, посещения Центров здоровья, профилактические медицинские осмотры в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, разовые посещения в связи с заболеванием, патронаж, диспансерное наблюдение граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а так же граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений), с другими обстоятельствами (получение справок и иных медицинских документов), медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием.

Посещение в неотложной форме – контакт пациента с врачом (средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием) при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента.

Обращение по поводу заболевания – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичного и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующей позиции «Талона пациента получающего медицинскую помощь в

амбулаторных условиях» только при последнем посещении больного по данному поводу. Кратность посещений по поводу одного заболевания составляет от 2,9 посещения.

Случай госпитализации – случай 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.

Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию.

Условная единица трудоемкости (УЕТ) – норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме, необходимого для лечения среднего кариеса (I класс по Блеку) и равен 10 минутам.

Число УЕТ в одном посещении с профилактической целью -4,0, в одном обращении по поводу заболевания (законченном случае лечения) -9,4.

Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» утвержденной приказом Дзиф от 25.12.2013 № 3216 «Об утверждении учетной статистической формы № 025-1/у «Талон амбулаторного пациента».

Прикрепленное население – лица, застрахованные по ОМС и включенные в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц Ярославской области, прикрепленные в установленном порядке к медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи на основании факта места жительства на территории обслуживания медицинской организации или заявления о выборе медицинской организации.

Подушевое финансирование – способ оплаты медицинской помощи, при котором объем финансирования медицинских организаций зависит от численности прикрепленных (обслуживаемых) к медицинской организации застрахованных на территории субъекта и размера дифференцированного подушевого норматива финансирования по ОМС.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования – ежемесячный объем финансирования медицинской организации в расчете на одно прикрепленное (обслуживаемое) лицо.

Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ) – 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 затратноёмкости 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 с учетом коэффициента приведения;

- **коэффициент относительной затратноёмкости** – устанавливаемый методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

- **поправочные коэффициенты:**

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

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, обусловленный 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.

Медицинская помощь оказывается в следующих формах:

- **экстренная** – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

- **неотложная** - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента;

- **плановая** - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозе его жизни и здоровью.

Специализированная медицинская помощь в круглосуточном и дневном стационарах в плановой форме оказывается застрахованному лицу **по направлению установленного образца, выданному лечащим врачом медицинской организации, к которой гражданин прикреплен для получения первичной медико-санитарной помощи (или по направлению лечащего врача медицинской организации, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь), в медицинскую организацию, выбранную гражданином из числа медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы и в которых возможно оказание медицинской помощи с учетом сроков ожидания медицинской помощи, установленных Территориальной программой, и в соответствии с маршрутизацией пациентов, утвержденной приказом ДЗиФ ЯО.**

1.5. Требования и правила информационного взаимодействия, иные аспекты оплаты медицинской помощи

Требования и правила информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования Ярославской области, которые устанавливаются «Положением об электронном обмене данными в системе ОМС Ярославской области» и «Положением о нормативно-справочной информации» (действующие версии), разрабатываются и утверждаются Территориальным фондом ОМС Ярославской области в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия, и обязательны для всех участников обязательного медицинского страхования, а так же лиц, действующих по поручению участников ОМС при осуществлении информационного обмена в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ярославской области.

Восстановление средств, направленных медицинскими организациями не по целевому назначению, осуществляется за счет средств полученных медицинскими организациями от предпринимательской деятельности, либо за счет средств источника, за счет которого должны быть осуществлены данные расходы.

Страховая медицинская организация возмещает затраты медицинских организаций за предоставленную медицинскую помощь гражданам, застрахованным на

территории Ярославской области, на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с условиями медицинской помощи, утвержденными в территориальной программе ОМС Ярославской области, по установленным тарифам на оплату медицинской помощи в пределах плановых объемов медицинской помощи на год с поквартальной разбивкой.

Оплата медицинской помощи гражданам, застрахованным вне территории Ярославской области, производится сверх установленных объемов помощи и финансовых планов по территориальной программе в части базовой программы ОМС, по видам, условиям и формам, включенным в базовую программу ОМС, по способам, тарифам, действующим на территории Ярославской области.

Оплата счетов медицинских организаций за услуги, оказанные гражданам, подлежащим ОМС, но не имеющих на дату начала лечения документа, удостоверяющего факт страхования по ОМС или при смене страховой медицинской организации во время лечения, осуществляется той страховой медицинской организацией, в которой гражданин застрахован на момент окончания лечения.

Оплата счетов медицинских организаций за детей со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители.

По истечении тридцати дней со дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме ОМС осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.

Возраст пациента определяется на дату оказания услуги при оказании амбулаторной помощи, на дату начала лечения при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, дневного стационара всех типов, в амбулаторных условиях.

При изменении тарифа на медицинскую помощь в период лечения застрахованного лица оплата производится по тарифу, действующему на дату окончания лечения по законченному случаю или на дату оказания медицинской услуги.

Раздел 2. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории Ярославской области

Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы ОМС, производится в соответствии со способами оплаты, установленными постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»

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 сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (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 (медицинскую услугу):

а) при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которой выдан полис ОМС, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

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

организации), а также молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала;

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

г) при оплате углубленной диспансеризации;

- по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации

2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) и в условиях дневного стационара:

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, состояний (в том числе в клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи

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

- по подушевому нормативу финансирования;

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

4. 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 (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), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи (далее - по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи).

2.1 Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, работающими в системе ОМС Ярославской области, в амбулаторных условиях производится:

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 патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях за единицу объема медицинской помощи.

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели установленного объема профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ.

В подушевой норматив финансирования включается первичная доврачебная, первичная врачебная медико-санитарная помощь, организованная по территориально-участковому принципу, а также первичная специализированная медико-санитарная помощь.

Нормативы объема медицинской помощи по видам, входящим в подушевой норматив финансового обеспечения:

- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями – 2,898 посещения на 1 застрахованное лицо;
- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями – 1,769 обращения на 1 застрахованное лицо;

- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме – 0,534 посещения на 1 застрахованное лицо.

Подушевой норматив финансирования определяется на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учетом критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи. Средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ярославской области, в расчете на одно застрахованное лицо рассчитывается по формуле:

$$\Phi O_{\text{CP}}^{\text{АМБ}} = \frac{(\text{Н}_{\text{ПРОФ}} \times \text{Нфз}_{\text{ПРОФ}} + \text{Н}_{\text{ОЗ}} \times \text{Нфз}_{\text{ОЗ}} + \text{Н}_{\text{НЕОТЛ}} \times \text{Нфз}_{\text{НЕОТЛ}}) \times \text{Чз} - \text{ОС}_{\text{МТР}}}{\text{Чз}}, \text{ где:}$$

$\Phi O_{\text{CP}}^{\text{АМБ}}$	средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;
$\text{Н}_{\text{ПРОФ}}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;
$\text{Н}_{\text{ОЗ}}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, обращений;
$\text{Н}_{\text{НЕОТЛ}}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;
$\text{Нфз}_{\text{ПРОФ}}$	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
$\text{Нфз}_{\text{ОЗ}}$	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
$\text{Нфз}_{\text{НЕОТЛ}}$	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
$\text{ОС}_{\text{МТР}}$	размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей;
Чз	численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек.

По данному способу оплаты определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

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

$$ДП_{Н}^i = \Phi O_{CP}^{AMB} \times Пр_{AMB} \times КС_{МО}^i \times КУ_{МО}^i \times КД_{ОТ}^i \times КД^i, \text{ где:}$$

$ДП_{Н}^i$ дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской организации, рублей;

$КД^i$ Коэффициент дифференциации i-той медицинской организации (равен 1).

При определении дифференцированных подушевых нормативов финансирования учитывается объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров, диспансеризации (за исключением углубленной диспансеризации), распределенный для медицинской организации, путем расчета следующего коэффициента:

$$КУ_{МО}^i = \frac{ОС_{проф}^i + ОС_{ПНФ-проф}^i}{ОС_{ПНФ-проф}^i}, \text{ где:}$$

$КУ_{МО}^i$ – коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), для i-той медицинской организации;

$ОС_{проф}^i$ – общий объем средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий в рамках 2 этапа диспансеризации), порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами, распределенный для i-той медицинской организации решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$\sum ОС_{ПНФ-проф}$ – общий объем средств на оплату медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях, за исключением $ОС_{проф}^i$, рублей.

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

$$ПК = \frac{\Phi O_{CP}^{AMB} \times Пр_{AMB} \times Ч_3}{\sum_i (ДП_{Н}^i \times Ч_3^i)}, \text{ где}$$

- Ч_3^i — численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той медицинской организации, человек;
- Ч_3 — общая численность застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям, человек;

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

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

- ФДПН^i — фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей.

Фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу определяется по следующей формуле:

$$\text{ОС}_{\text{ПН}} = \text{ФДПН}^i \times \text{Ч}_3^i \times (1 - \text{Дрд}) + \text{ОС}_{\text{РД}i}, \text{ где}$$

- $\text{ОС}_{\text{ПН}}$ — финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, рублей;
- ФДПН^i — фактический дифференцированный подушевой норматив i -той медицинской организации, рублей;
- Дрд — доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности;
- $\text{ОС}_{\text{РД}i}$ — размер средств, направляемых на выплаты медицинской организации в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей.

Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, устанавливается в размере 5% от месячной суммы подушевого финансирования медицинской организации ($\text{Дрд} = 0,05$).

Оценка деятельности медицинских организаций с целью осуществления выплат при достижении целевых значений показателей результативности осуществляется ежемесячно нарастающим итогом.

Для оценки показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, применяется «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки» (Приложение 2). За каждый показатель результативности в зависимости от его значения медицинская организация в данном периоде оценки получает определенный балл. Суммарное количество набранных по всем показателям баллов соотносится с максимально возможным для определения уровня выполнения показателей результативности:

$$Y_p = B_{\text{факт}} / B_{\text{макс}}, \text{ где}$$

У_р – уровень выполнения показателей результативности деятельности, коэф.,

Б *факт* – фактическое количество набранных медицинской организацией баллов (если Б *факт* < 0, то при расчете следует считать Б *факт* = 0),

Б *макс* – максимально возможное количество баллов по перечню показателей оценки результативности деятельности.

Размер средств, направляемых в данном периоде на выплаты медицинским организациям за результативность деятельности (ОС_{рди}), рассчитывается по формуле:

$$ОС_{рди} = ФДП_{ni} \times Ч_{zi} \times Д_{рд} \times У_{р}$$

Ежемесячно ТФОМС ЯО, после получения сведений из указанных в Приложении 2 к тарифному соглашению источников информации для расчета показателей, осуществляет по каждой медицинской организации:

- оценку уровня выполнения показателей результативности деятельности,
- определяет суммарное количество набранных баллов,
- определяет сумму выплат за результативность деятельности и размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу,
- рассматривает и утверждает полученные результаты протоколом на заседании Рабочей группы по оценке показателей результативности деятельности медицинских организаций в соответствии с «Положением о Рабочей группе по оценке показателей результативности деятельности медицинских организаций» (приказ ТФОМС от 22.01.2022 № 30).

Выплаты за достигнутые показатели результативности на текущий месяц определяются на основании оценки на основе достигнутых показателей результативности за предыдущие месяцы (за декабрь и январь подушевое финансирование осуществляется в полном объеме).

При выполнении показателей результативности в соответствии с установленными критериями проводится корректировка финансового плана учреждения.

Перечень медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, указан в Приложении 1.

В рамках подушевого норматива финансирования, в пределах объемов, установленных решением Комиссии, оплачивается медицинская помощь, оказанная в плановой форме по обращению по поводу заболевания, посещению с профилактическими и иными целями, посещению, выполненному в неотложной форме:

- фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием, в том числе оказанная на базе мобильных медицинских бригад - первичная доврачебная медико-санитарная помощь;
- врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами,

врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами) - первичная врачебная медико-санитарная помощь, организованная, в том числе и по территориально-участковому принципу;

- врачами-специалистами - первичная специализированная медико-санитарная помощь;

- при проведении диспансеризации (кроме углубленной диспансеризации), профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, порядка, проведения которых установлены нормативно-правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации в пределах плановых объемов, утвержденных департаментом – Приложение 3;

- в Центрах здоровья (комплексный медицинский осмотр) – Приложение 4;

- медицинская помощь, оказываемая в неотложной форме (кроме медицинской помощи, оказанной в травмопунктах, в приемном отделении с выполнением КТ-исследования);

- медицинская помощь, оказанная в учреждениях образования;

2.1.2. За единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу).

Способ оплаты медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу) используется:

- а) при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которой выдан полис ОМС, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

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

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь,

в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний, в сроки, установленные Территориальной программой.

Порядок направления и документооборота при оплате исследований устанавливается совместным приказом ДЗиФ ЯО и Территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Оплате подлежит выполненная услуга по тарифам, установленным в Приложении 6 Тарифного соглашения.

Молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний – это исследование биопсийного (операционного и диагностического) материала с применением одного теста для данного вида опухоли в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению онкологических заболеваний.

Тариф на данное исследование рассчитан как средневзвешенная стоимость одной реакции (теста) для данного вида опухоли, выполненного в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению онкологических заболеваний, и включает, в том числе расходы на оплату транспортных услуг в целях доставки диагностического материала к месту исследования и расходы на хранения образца.

Патологоанатомическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии - это прижизненное патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала, в том числе с применением дополнительных методов окрасок (постановок реакций, определений – гистохимических, иммуногистохимических и иных методов) при оказании медицинской помощи с целью диагностики онкологических заболеваний.

Патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала осуществляются в целях диагностики заболеваний, в том числе онкологических, а так же в целях уточнения диагноза заболевания (состояния) с учетом требований стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

Тариф на данные услуги рассчитан как средневзвешенная стоимость одного случая прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала

Все молекулярно-генетические и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала осуществляются в целях выявления, подтверждения или уточнения онкологического заболевания.

Особые случаи оплаты медицинской помощи, оказываемой при проведении компьютерной томографии и/или магнитно-резонансной томографии:

- при проведении компьютерной томографии и/или магнитно-резонансной томографии с внутривенным контрастированием нескольких областей одному пациенту в

один и тот же день, оплате подлежит одна услуга по тарифу «Компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография с контрастированием», а исследования остальных областей, с оплатой услуг по тарифу «Компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография без контрастирования»;

- в случае проведения компьютерной томографии и/или магнитно-резонансной томографии без контрастирования нескольких областей одному пациенту в один и тот же день, оплате подлежит количество услуг равное количеству исследуемых областей по тарифу «Компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография без контрастирования».

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

г) при оплате углубленной диспансеризации;

- за комплексное посещение при проведении I этапа углубленной диспансеризации, включающее исследования и медицинские вмешательства гражданам, переболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19): измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови;

- за единицу объема медицинской помощи при проведении углубленной диспансеризации при оплате исследований и медицинских вмешательств гражданам, переболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19):

в рамках I этапа: тест с 6 минутной ходьбой; определении концентрации Д-димера в крови;

в рамках II этапа: проведение эхокардиографии; проведение компьютерной томографии легких; дуплексное сканирование вен нижних конечностей.

д) при оплате комплексных медицинских услуг в рамках обращения по заболеванию:

- лазерное лечение болезней глаз;
- диагностика онкологической патологии;
- проведение позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с рентгеновской компьютерной томографией (ПЭТ/КТ);
- проведение денситометрии;

- диагностика бесплодия
- е) оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.
- ж) медицинская помощь, оказанная в неотложной форме:
 - в травмопункте;
 - в приемном отделении с выполнением компьютерной томографии;
- з) оказание медицинской помощи методом диализа.

За единицу объема медицинской помощи в пределах объемов, установленных решением Комиссии, по тарифам в соответствии с Приложениями 3, 4, 5, 6, 7 подается к оплате медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях, в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, в неотложной и плановой форме:

- фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием - первичная доврачебная медико-санитарная помощь;
- врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами) - первичная врачебная медико-санитарная помощь;
- врачами-специалистами - первичная специализированная медико-санитарная помощь, включая консультации с применением телемедицинских технологий;

Перечень медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи, указан в Приложении 1.

2.1.3 по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации

Способ оплаты по нормативу финансирования структурного подразделения используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

2.2 Оплата видов медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

2.2.1. В рамках проведения по диспансеризации определенных групп взрослого населения (кроме углубленной диспансеризации) и профилактического медицинского осмотра

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным

приказами Министерством здравоохранения Российской Федерации:

- от 27.04.2021 № 404н «Порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения

- от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»,

- от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»,

- от 11.04.2013 № 216н «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».

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются завершенными (отражается в отчете о проведении диспансеризации или медицинского осмотра как комплексное посещение) и подлежит оплате (с обязательным указанием соответствующего кода комплексного посещения) в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и приема (осмотра) врачом-терапевтом или фельдшером, в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по проведению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.03.2012 № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, а так же проведение маммографии, исследования кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

Профилактические медицинские осмотры взрослого и детского населения, первый этап диспансеризации взрослого населения, диспансеризация детей-сирот детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, могут быть выполнены медицинской

организацией в выходной день.

Медицинские услуги, выполненные в рамках комплексного посещения диспансеризации в других медицинских организациях в соответствии с Приказами ДЗиФ ЯО, учитываются в объеме диспансеризации медицинской организации – исполнителя диспансеризации (не считаются заимствованными).

Персональный счет на оплату диспансеризации должен содержать только услуги, выполненные в рамках диспансеризации с обязательным указанием соответствующего кода комплексного посещения.

Второй этап диспансеризации считается законченным в случае выполнения осмотров врачей–специалистов, исследований и иных медицинских мероприятий, необходимость проведения которых определена по результатам первого этапа диспансеризации и выставляются к оплате по комплексному посещению с кодом 577101160, если пациенту было проведено индивидуальное углубленное или групповое профилактическое консультирование к оплате выставляется комплексное посещение с кодом 577101200.

МО ведут персонифицированный учет комплексных посещений профилактического медицинского осмотра и диспансеризации.

В соответствии с подпунктом 2 пункта 5 Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» льготные категории граждан проходят диспансеризацию ежегодно вне зависимости от возраста:

1) инвалиды Великой Отечественной войны и инвалиды боевых действий, а также участники Великой Отечественной войны, ставшие инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

2) лица, награжденные знаком «Житель блокадного Ленинграда» и признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

3) бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

4) работающие граждане, не достигшие возраста, дающего право на назначение пенсии по старости, в том числе досрочно, в течение пяти лет до наступления такого возраста и работающие граждане, являющиеся получателями пенсии по старости или

пенсии за выслугу лет.

При выставлении к оплате диспансеризации льготных категорий граждан в персональном счете в обязательном порядке указывается код льготы пациента (кроме лиц указанных в абзаце 11).

Профилактические медицинские осмотры и диспансеризация (включая I и II этапы) и детского населения могут проводиться мобильными медицинскими бригадами, в том числе в выходной день, осуществляющими свою деятельность в соответствии с Правилами организации деятельности мобильной медицинской бригады, предусмотренными приложением № 8 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н.

Медицинским организациям, имеющим прикрепленное население, оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации детского и взрослого населения производится в рамках подушевого финансирования.

2.2.2. При комплексном медицинском осмотре в Центре здоровья

Комплексный медицинский осмотр в Центре здоровья (в Центре здоровья для детей) может проводиться в течение одного или нескольких дней. Медицинские услуги, выполненные при проведении комплексного осмотра, указываются при формировании персонального счета, подлежат учету как один законченный случай и оплачиваются как посещение с иными целями 1 раз в отчетном году.

Медицинским организациям, имеющим прикрепленное население, оплата комплексного медицинского осмотра в Центре здоровья осуществляется в рамках подушевого финансирования.

Медицинским организациям, не имеющим прикрепленное население, возмещение расходов производится по тарифам, утвержденным в Приложении 4.

2.2.3. При оказании неотложной медицинской помощи

При оказании неотложной медицинской помощи единицей объема является посещение (в том числе посещение к стоматологам и зубным врачам) выполненное в медицинскую организацию или посещение выездной бригады кабинета неотложной медицинской помощи на дому.

К посещениям при оказании медицинской помощи в неотложной форме в медицинской организации относятся:

- посещение кабинета неотложной медицинской помощи;
- посещение врача при оказании неотложной медицинской помощи;
- посещение при оказании неотложной стоматологической помощи;

- оказание медицинской помощи в приемном отделении при первичном обращении без последующей госпитализации;
- оказание медицинской помощи в травматологическом пункте медицинской организации при первичном обращении без последующей госпитализации в данную медицинскую организацию;
- оказание неотложной медицинской помощи на дому при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний выездными бригадами, в состав которых входит врач общей практики (врач-терапевт участковый, врач –педиатр участковый, фельдшер, в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача), работающие в кабинете неотложной медицинской помощи согласно графику дежурств.

При оказании неотложной медицинской помощи пунктом (кабинетом) неотложной медицинской помощи оплата производится по профилю «Неотложная медицинская помощь» и по соответствующему тарифу.

В случаях оказания неотложной медицинской помощи больным, не подлежащим дальнейшей госпитализации (в приемных отделениях стационаров) медицинская помощь оплачивается по профилю оказанной медицинской помощи и по тарифу «Неотложная медицинская помощь», «Неотложная медицинская помощь в приемном отделении», «Неотложная медицинская помощь в приемном отделении с выполнением компьютерной томографии».

В случаях оказания неотложной медицинской помощи в травмопунктах больным, не подлежащим дальнейшей госпитализации, медицинская помощь оплачивается по профилю оказанной медицинской помощи и по тарифу «Неотложная медицинская помощь (в травмопункте)».

При оказании неотложной стоматологической помощи медицинская помощь оплачивается по посещениям с учетом профиля оказанной медицинской помощи.

Факт обращения пациента за неотложной медицинской помощью должен быть зафиксирован в первичных медицинских документах.

Медицинским организациям, имеющим прикрепленное население, оплата неотложной медицинской помощи осуществляется в рамках подушевого финансирования за исключением оплаты по тарифам «Неотложная медицинская помощь в приемном отделении», «Неотложная медицинская помощь в приемном отделении с выполнением компьютерной томографии».

Медицинским организациям, не имеющим прикрепленное население по тарифам, утвержденным в Приложении 5.

2.2.4. При оказании медицинской помощи методом диализа/перитонеального диализа

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за одну услугу (сутки) диализа и один день перитонеального диализа.

Тарифы на оплату услуг диализа/перитонеального диализа, в том числе и при проведении межтерриториальных расчетов, установлены в Приложении 5.

Проезд пациентов до места оказания медицинской услуги не включен в тариф на оплату медицинской помощи.

При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников.

2.2.5. При оказании стоматологической помощи

Медицинским организациям, имеющим прикрепленное население, оплата стоматологической помощи осуществляется в рамках подушевого финансирования.

Медицинским организациям, не имеющим прикрепленное население, оплата стоматологической помощи производится по тарифам, утвержденным в Приложении 5 Тарифного соглашения.

Для учета случаев лечения, при оказании стоматологической помощи используется следующее правило: один визит пациента является одним посещением.

Оплата стоматологической помощи производится на основании «Классификатора основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ)» Приложение 10, по тарифам, установленным Приложением 5, с учетом имеющихся у медицинской организации лицензий на осуществление соответствующих видов медицинской деятельности, с обязательным указанием в реестре персональных счетов выполненных медицинских услуг, зубной формулы и поверхности зуба.

Ортодонтическая помощь при врожденных аномалиях (пороках развития), а так же посещения к врачу - ортодонту выполненные с профилактическими и иными целями, оплачиваются из системы ОМС согласно территориальной программе государственных гарантий Ярославской области у лиц до 17 лет 11 месяцев 29 дней.

Оплата стоматологической помощи производится по следующей формуле:

$$\text{ФТ} = \sum_n^1 \text{Тсоотв} * \text{Qn}, \text{ где:}$$

ФТ – фактический тариф;

Тсоот – тариф на 1 услугу;

Qn – кол-во УЕТ оказанной услуги включенной в талон амбулаторного пациента на стоматологическом приеме.

Для учета количества посещений по стоматологии при формировании персонального счета необходимо наличие одной из услуг являющейся посещением.

При оказании медицинской помощи по стоматологии первичным считается первое посещение за стоматологической помощью в отчетном году по любому поводу в одной медицинской организации. Все последующие посещения являются повторными в данной медицинской организации. При повторном обращении по заболеванию по любому поводу в данную медицинскую организацию персональный счет должен содержать два и более повторных посещений.

2.2.6. При оплате профилактических посещений, выполненных в рамках проведения школ здоровья (школ по профилактике заболеваний)

Медицинским организациям, имеющим прикрепленное население, оплата школ здоровья производится в рамках подушевого финансирования.

Медицинским организациям, не имеющим прикрепленное население, оплата профилактических посещений, выполненных в рамках проведения школ здоровья (школ по профилактике заболеваний) производится по тарифам, утвержденным в Приложении 5 Тарифного соглашения.

Одна тема оплачивается 1 раз в текущем году для данной медицинской организации, при выполнении соответствующего перечня медицинских услуг, которые указываются при формировании персонального счета.

Количество школ (по разным темам), которые может посетить пациент в отчетном году, не ограничено. План занятий в школах (при отсутствии его в федеральном законодательстве), согласовывается с главным внештатным специалистом ДЗиФ ЯО по соответствующему профилю и предоставляется в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

2.2.7. При оплате медицинской помощи, оказанной с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях

Консультативный прием с применением телемедицинских технологий (далее - консультация) - процесс оказания консультативной помощи врачом-консультантом (консилиумом врачей) врачу медицинской организации, на основании медицинской информации (включая анализ статистической (рентгенограммы, КТ, ЭКГ, ЭЭГ и др.) и динамической (аудио и видео фрагменты) информации о пациенте, переданной по защищенным электронным каналам связи.

Консультации проводятся по модели «врач-врач» в 2 режимах:

- режим реального времени (лечащий врач, либо фельдшер, акушер, на которого возложены функции лечащего врача в порядке, установленном законодательством в сфере охраны здоровья) непосредственно взаимодействует с врачом-консультантом и/или с врачами - участниками консилиума);

- отложенная консультация (врач-консультант и/или врач-участник консилиума)

дистанционно изучает медицинские документы и иную информацию о состоянии здоровья пациента, готовит медицинское заключение без использования непосредственного общения с лечащим врачом, либо фельдшер, акушер, на которого возложены функции лечащего врача в порядке, установленном законодательством в сфере охраны здоровья.

По результатам проведения консультации (консилиума врачей) консультант оформляет заключение (протокол консилиума врачей).

Подписанное медицинское заключение (протокол консилиума врачей) направляется в электронном виде лечащему врачу (фельдшеру, акушеру, на которого возложены функции лечащего врача в порядке, установленном законодательством в сфере охраны здоровья), которое вносится в первичную медицинскую документацию.

Консультация считается завершенной в день получения заключения медицинской организацией, запросившей консультацию.

Законченный случай консультативного приема с применением информационных технологий включает в себя консультацию по поводу конкретного случая лечения одного пациента, в течение одного календарного дня, независимо от количества врачей-специалистов, участвующих в консилиуме.

Перечень медицинских организаций, которые могут оказывать консультации с использованием телемедицинских технологий, представлен в Приложении 11.

Медицинским организациям, имеющим прикрепленное население, оплата телемедицинских консультаций, вне зависимости от режима его проведения, производится в рамках подушевого финансирования.

2.2.8. При оплате медицинских услуг в рамках проведения межучрежденческих расчетов

2.2.8.1. За лабораторные исследования

Оплата медицинских услуг при проведении межучрежденческих расчетов за лабораторные исследования при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в соответствии с Порядком оплаты медицинских услуг при проведении межучрежденческих расчетов (утверждается совместным приказом ДЗиФ ЯО и Территориального фонда обязательного медицинского страхования).

Тарифы на оплату лабораторных исследований установлены в Приложении 7.

Перечень медицинских организаций, участвующих в проведении межучрежденческих расчетов и медицинских организаций, на базе которых организованы централизованные клинико-диагностические лаборатории, содержатся в Приложении 12.

В Приложении 12.1. представлен Перечень медицинских организаций, участвующих в проведении межучрежденческих расчетов и медицинских организаций, на базе которых организовано выполнение исследований:

- жидкостное цитологическое исследование микропрепарата шейки матки;
- экспресс-исследование кала на скрытую кровь иммунохроматографическим методом (количественный метод).

2.2.8.2. За позитронно-эмиссионную томографию, совмещенную с рентгеновской компьютерной томографией

Оплата позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с рентгеновской компьютерной томографией (далее – ПЭТ/КТ), осуществляется при проведении межучрежденческих расчетов за «Обращение по заболеванию с проведением ПЭТ/КТ» при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в соответствии с Порядком оплаты медицинских услуг при проведении межучрежденческих расчетов (утверждается приказом Территориального фонда обязательного медицинского страхования);

Тарифы на оплату услуги ПЭТ/КТ установлены Приложением 7.

Тарифы, установленные в Приложении 7 на ПЭТ/КТ применяются, в том числе при осуществлении межтерриториальных расчетов.

Перечень медицинских организаций, участвующих в проведении межучрежденческих расчетов и медицинских организаций, на базе которых организовано выполнение ПЭТ/КТ, содержится в Приложении 13.

Назначение ПЭТ/КТ осуществляется врачом, оказывающим первичную специализированную медицинскую помощь, при наличии медицинских показаний.

2.2.8.3. За компьютерную томографию

Оплата компьютерной томографии (далее – КТ), осуществляется путем проведения межучрежденческих расчетов при выполнении исследований перед госпитализацией в круглосуточный стационар в соответствии с Порядком оплаты медицинских услуг при проведении межучрежденческих расчетов (утверждается приказом Территориального фонда обязательного медицинского страхования).

Тариф на оплату компьютерной томографии установлен в приложении 6.1.

Перечень медицинских организаций, участвующих в проведении межучрежденческих расчетов и медицинские организации, на базе которых организовано выполнение компьютерной томографии содержится в приложении 13.1.

Межучрежденные расчеты предназначены для медицинских организаций, в которых выполнение компьютерной томографии обеспечено в соответствии с маршрутизацией пациентов, утвержденной приказами ДЗиФ ЯО.

2.2.9. В рамках проведения углубленной диспансеризации, включающей

исследования и медицинские вмешательства гражданам, переболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и медицинские вмешательства по перечню, установленному в Приложении 43:

- комплексное посещение при проведении I этапа углубленной диспансеризации, включающее исследования и медицинские вмешательства гражданам, переболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19): измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови;

- за единицу объема медицинской помощи при проведении углубленной диспансеризации при оплате исследований и медицинских вмешательств гражданам, переболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19):

в рамках I этапа: тест с 6 минутной ходьбой; определении концентрации Д-димера в крови;

в рамках II этапа: проведение эхокардиографии; проведение компьютерной томографии легких; дуплексное сканирование вен нижних конечностей.

Оплата за проведение углубленной диспансеризации за комплексное посещение возможна в случае выполнения всех исследований и медицинских вмешательств, учитываемых при расчете стоимости комплексного посещения. В случае если отдельные исследования и медицинские вмешательства, учитываемые при расчете стоимости комплексного посещения углубленной диспансеризации не были выполнены, оплата такого случая из средств межбюджетного трансферта не осуществляется.

Оплата исследований и медицинских вмешательств в рамках углубленной диспансеризации, перечисленных в Приложении 43, осуществляется сверх подушевого норматива финансирования. Оплата приема (осмотра) врачом-терапевтом, врачом-участковым терапевтом, врачом общей практики и проведение рентгенографии органов грудной клетки (если не выполнялась ранее в течение года) осуществляется в рамках подушевого норматива финансирования медицинской помощи на прикрепившихся лиц.

При проведении углубленной диспансеризации не выставляются для оплаты результаты ранее выполненных исследований и медицинских вмешательств.

2.2.10. Первичная медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства

Для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства 1 раз в год представителями регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи, в соответствии с перечнем «Показателей результативности деятельности медицинской организации, внедряющей новую модель оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства» (Приложение 8) проводится оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, 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.

Результаты оценки показателей результативности по бережливому производству передаются представителями регионального центра в Комиссию по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования для осуществления стимулирующих выплат медицинским организациям.

Медицинская организация получает выплату в размере 1% средней ежемесячной суммы подушевого финансирования в случае достижения всех показателей результативности (22 балла), установленных в Приложении 8.

При выполнении показателей в соответствии с установленными критериями проводится корректировка финансового плана учреждения.

Перечень медицинских организаций, участвующих в «Бережливой поликлинике», указан в Приложении 9.

2.3 Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по базовой программе ОМС в стационарных условиях с распределением по уровням (подуровням) оказания медицинской помощи приведен в Приложении 14 к Тарифному соглашению.

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация» и медицинская помощь по профилю «Онкология»), постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» установлены следующие

способы оплаты:

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, состояний (в том числе клинико-статистическую группу (КСГ);
- прерванный случай оказания медицинской помощи.

Способ оплаты медицинской помощи за прерванный случай ее оказания применяется в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, приведенных в приложении 17 Тарифного соглашения.

При оказании высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), включенной в базовую программу ОМС, применяется оплата по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленному Программой по перечню видов ВМП согласно раздела I Приложения № 1 Программы.

Кроме того, в сочетании с оплатой по тарифу КСГ или ВМП могут применяться тарифы за услуги при проведении диализа. Оплата случаев госпитализации с проведением диализа осуществляется за законченный случай, включающий в себя госпитализацию и все услуги/дни обмена диализа, проведенные за ее период, по тарифу, который определяется суммированием тарифа КСГ или ВМП и стоимости услуг/дней обмена диализа с учетом их кратности и утвержденной настоящим Тарифным соглашением стоимости.

Оплата за счет средств ОМС медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, по КСГ осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в

базовую программу ОМС, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи;

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу ОМС, для которых Программой установлена средняя стоимость оказания медицинской помощи, в случае их финансирования в рамках территориальной программы ОМС;

- социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения), в случае их финансирования в рамках территориальной программы ОМС;

- услуг диализа, включающих различные методы.

Перечни КСГ, используемые для оплаты медицинской помощи в стационарных условиях, сформированы в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях, а также коэффициентов относительной затратоемкости (далее – Перечень), установленным Приложением 4 к Программе.

Отнесение случаев лечения к КСГ, расчет размера базовой ставки, включенного в КСГ, и применение коэффициентов специфики, уровня (подуровня) медицинской организации, сложности лечения пациентов осуществляется с учетом Методических рекомендаций.

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациента (классификационные критерии):

1. Кода диагноза – в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр)» версия от 13.10.2021 (далее – МКБ-Х);

2. Кода хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии, входящей в Номенклатуру медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура), а также, при необходимости, конкретизации медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);

3. Схемы лекарственной терапии;

4. МНН лекарственного препарата;

5. Возрастной категории пациента;

6. Сопутствующего диагноза и/или диагноза осложнения (код по МКБ-Х);

7. Оценки состояния пациента по шкалам:

- Шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA),
- Шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA),
- Шкала реабилитационной маршрутизации;
- Индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);

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

9. Количества дней проведения лучевой терапии (фракций);

10. Пола;

11. Длительности лечения;

12. Этапа лечения, в том числе этапа проведения экстракорпорального оплодотворения, долечивания пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19, посттрансплантационного периода после пересадки костного мозга;

13. Показаний к применению лекарственного препарата;

14. Объема послеоперационных грыж брюшной стенки;

15. Степени тяжести заболевания;

16. Сочетания нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия (например, сочетания оценки состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации с назначением ботулинического токсина).

Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ-Х, являющийся основным поводом к госпитализации. Исключением являются случаи, осложненные сепсисом и фебрильной нейтропенией.

При наличии хирургических операций и (или) других применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры.

При наличии нескольких хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет более высокий коэффициент относительной затратоемкости.

При отсутствии хирургической операции и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-Х.

Если пациенту оказывалось оперативное лечение, и затратно-группы, к которой данный случай был отнесен на основании кода по Номенклатуре, меньше затратно-группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ-Х, оплата осуществляется по группе, сформированной по диагнозу. Исключение составляют КСГ, по которым не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги (приведены в Приложении 15 Тарифного соглашения).

При выполнении операции кесарева сечения (A16.20.005 Кесарево сечение) случай относится к КСГ st02.004 «Кесарево сечение» вне зависимости от диагноза.

КСГ st01.001 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» может быть подана на оплату только медицинскими организациями, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

Медицинская помощь в неотложной и экстренной формах, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, в соответствии с установленными способами оплаты.

Законченный случай оплачивается в полном объеме, за исключением случаев лечения указанных в п.п. 2.3.1., 2.3.2., 2.3.3 Тарифного соглашения.

2.3.1. Оплата прерванных случаев лечения

В соответствии с Программой к прерванным случаям 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 пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар;
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;
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, по объективным причинам, 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 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, приведенным в приложении 17 Тарифного соглашения.

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-Х, что и диагноз основного заболевания и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, и не соответствует критериям оплаты случая 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 прерванности по пункту 2 не производится.

При оплате случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям 2-6 пункта 2.3.5 Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности по пунктам 2-4.

Оплата случаев госпитализации, являющихся прерванными, производится:

1. При выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии (являющихся классификационным критерием отнесения данного случая госпитализации к конкретной КСГ):

- при длительности лечения 3 дня и менее – в размере 80% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – в размере 85% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;

2. При невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии:

- при длительности лечения 3 дня и менее – в размере 30% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – в размере 50% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ.

Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают проведение хирургического лечения или тромболитической терапии приведен в Приложении 16 Тарифного соглашения.

Данный порядок не распространяется на оплату:

- прерванных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи,

подлежащих оплате в 100% размере от стоимости, определенной для соответствующей группы ВМП, независимо от длительности лечения;

- прерванных случаев по КСГ st12.015 – st12.019, подлежащих оплате в соответствии с пунктом 2.5.19. Тарифного соглашения.

Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, в условиях круглосуточного стационара представлен в Приложении 17 Тарифного соглашения.

2.3.2. Оплата прерванных случаев лечения при проведении лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфойдной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, включенной в КСГ, для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным.

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.

Оплата случаев лечения где фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, осуществляется в размере 100% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ, 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.

2.3.3. Оплата прерванных случаев лечения при проведении лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией

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

Оплата прерванных случаев лечения при проведении лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, осуществляется в размере 50% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

2.3.4. Оплата случаев лечения при переводе пациента из одного структурного подразделения в другое в пределах одной медицинской организации либо между медицинскими организациями

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной и, наоборот), в случае, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-Х и не является следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100% оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

Если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ-Х, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты за исключением случаев лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 (КСГ st12.015 – st12.019). Оплата случаев перевода пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 (КСГ st12.015 – st12.018) изложена в пункте 2.5.19 Тарифного соглашения.

При направлении в медицинскую организацию, в том числе и в федеральную, с целью комплексного обследования и/или предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ,

формируемой по коду МКБ-Х, либо по коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

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

2.3.5. Оплата случаев оказания медицинской помощи по 2-м КСГ

Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях:

1. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-Х и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным основаниям прерванности;
2. При проведении медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
3. При оказании медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;
4. При этапном хирургическом лечении при злокачественных новообразованиях, не предусматривающем выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));
5. При проведении реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;
6. При дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением;
7. При наличии у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе

оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

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

9. При проведении антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

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

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

2.3.6. Оплата методов лечения, включенных в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи

Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в рамках ОМС на территории Ярославской области, приведен в Приложении 18 Тарифного соглашения.

Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденным Разделом I Приложения № 1 Программы.

Оплата специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, осуществляется в пределах утвержденных плановых объемов медицинской помощи за законченный случай лечения заболевания по утвержденным Программой нормативам финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащим в том числе методы лечения, вне зависимости от длительности лечения, без учета коэффициентов - Приложение 19 Тарифного соглашения.

Высокотехнологичная медицинская помощь оплачивается с применением коэффициента дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи – Приложение 19 Тарифного соглашения.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ-Х, модели пациента, вида

лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным Разделом I Приложения № 1 Программы «Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования» (далее – Перечень ВМП).

В случае, если хотя бы один из вышеперечисленных параметров не соответствует Перечню ВМП, то данный случай лечения оплачивается в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, исходя из выполненной хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии.

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

2.4 Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по базовой программе ОМС в условиях дневного стационара всех типов, приведен в Приложении 20 Тарифного соглашения.

Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов (стационара дневного пребывания при больничных учреждениях, дневного стационара при амбулаторно-поликлинических учреждениях (подразделениях) и стационара на дому) в рамках территориальной программы ОМС, в соответствии с Программой осуществляется:

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (КСГ);
- прерванный случай оказания медицинской помощи.

Способ оплаты медицинской помощи за прерванный случай ее оказания применяется в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том

числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, приведенных в приложении 22 Тарифного соглашения.

Оплата медицинской помощи за счет средств ОМС, оказанной в условиях дневного стационара, по КСГ осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи;

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу ОМС, для которых Программой установлена средняя стоимость оказания медицинской помощи, в случае их финансирования в рамках территориальной программы ОМС;

- социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения), в случае их финансирования в рамках территориальной программы ОМС;

- услуг диализа, включающих различные методы.

Отнесение случая лечения к определенной КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов (классификационные критерии):

1. Кода диагноза – в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр)» версия от 13.10.2021 (далее – МКБ-Х);

2. Кода хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии, входящей в Номенклатуру медицинских услуг (далее – Номенклатура), утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н, а также, при необходимости, конкретизации медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);

3. Схемы лекарственной терапии;

4. МНН лекарственного препарата;

5. Возрастной категории пациента;
6. Сопутствующего диагноза и/или диагноза осложнения (код по МКБ-Х);
7. Оценки состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации;
8. Количества дней проведения лучевой терапии (фракций);
9. Пола;
10. Длительности лечения;
11. Этапа лечения, в том числе этапа проведения экстракорпорального оплодотворения, долечивания пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19, посттрансплантационного периода после пересадки костного мозга;
12. Показания к применению лекарственного препарата;
13. Степени тяжести заболевания;
14. Сочетания нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия.

Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ-Х, являющийся основным поводом к госпитализации.

При наличии хирургических операций и (или) других применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры.

При наличии нескольких хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет более высокий коэффициент относительной затратоемкости.

При отсутствии хирургической операции и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-Х.

Если пациенту оказывалось оперативное лечение, и затратоемкость группы, к которой данный случай был отнесен на основании кода по Номенклатуры, меньше затратоемкости группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ-Х, оплата осуществляется по группе, сформированной по диагнозу.

Законченный случай оплачивается в полном объеме, за исключением случаев лечения, указанных в п.п. 2.4.1., 2.4.2., 2.4.3.

2.4.1. Оплата прерванных случаев лечения

В соответствии с Программой к прерванным случаям 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;

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 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, приведенным в приложении 22 Тарифного соглашения.

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-Х, что и диагноз основного заболевания и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, и не соответствует критериям оплаты случая 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 прерванности по пункту 2 не производится.

При оплате случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям 2-6 пункта 2.3.5 Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности пунктов 2-4.

Оплата случаев лечения, являющихся прерванными, производится:

1. При выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии (являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ):

- при длительности лечения 3 дня и менее – в размере 80% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – в размере 85% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;

2. При невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии:

- при длительности лечения 3 дня и менее – в размере 30% от стоимости,

определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – в размере 50% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ.

Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, в условиях дневного стационара представлен в Приложении 22 Тарифного соглашения.

2.4.2. Оплата прерванных случаев лечения при проведении лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях

Случаи лечения, где фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

Случаи лечения, где фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения.

2.4.3. Оплата прерванных случаев лечения при проведении лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией

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

Оплата прерванных случаев лечения при проведении лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией, осуществляется в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения.

2.4.4. Оплата случаев лечения при переводе пациента из одного структурного подразделения в другое в пределах одной медицинской организации либо между медицинскими организациями

При переводе пациента из одного отделения в другое в рамках одной медицинской организации в условиях дневного стационара в случае, если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-Х и не является следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, оба случая лечения заболевания подлежат 100% оплате в рамках соответствующих КСГ за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

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

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

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

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

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

По каждому случаю оплаты по медицинской помощи по двум КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

2.5. Особенности формирования отдельных случаев лечения в условиях круглосуточного или дневного стационара

2.5.1. При проведении диализа/перитонеального диализа

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, включающего различные методы, в том числе перитонеального диализа, оплата в условиях дневного стационара осуществляется 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. При этом стоимость услуги, с учетом количества фактически выполненных услуг, является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения (оплата законченного случая определяется суммированием тарифа КСГ или ВМП и стоимости услуг/дней обмена с учетом их кратности и утвержденной настоящим Тарифным соглашением стоимости).

Базовые ставки, коэффициенты относительной затратоемкости и тарифы на услуги «Гемодиализа» и «Перитонеального диализа» представлены в Приложении 23 Тарифного соглашения. Поправочные коэффициенты: специфики, уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации и сложности лечения пациента распространяются только на КСГ. Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопустимо. Коэффициенты относительной затратоемкости к базовым тарифам для

оплаты диализа соответствуют рекомендуемым коэффициентам относительной затратоемкости, представленным в Приложении 4 к Методическим рекомендациям.

Учитывая пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество услуг в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС в условиях дневного стационара необходимо к законченному случаю относить лечение в течение одного месяца, в условиях стационара – в течение всего периода госпитализации. При этом, в период лечения в круглосуточном или дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений диализа (эритропоз стимулирующие препараты, препараты железа, фосфат связывающие вещества, кальцимитетики, препараты витамина D и др.).

Учитывая особенности оказания услуг диализа, включающего различные методы, в случаях госпитализации пациента, получающего диализ, в стационарные отделения медицинских организаций, не имеющих в своей структуре отделения диализа, и невозможности проведения заместительной почечной терапии методом диализа в медицинской организации, в которую госпитализирован пациент, услуги диализа осуществляются в амбулаторных условиях в других медицинских организациях и предъявляются к оплате в соответствии с порядком оплаты услуг диализа в амбулаторных условиях.

При этом медицинская организация, оказавшая пациенту специализированную медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, предъявляет к оплате данный случай лечения по тарифу КСГ основного заболевания с указанием сопутствующего диагноза хронической почечной недостаточности.

Случай лечения с оказанием услуг диализа в амбулаторно-поликлинических условиях, предъявленный одной медицинской организацией, подлежит оплате без учета пересечения сроков лечения с предъявленным другой медицинской организацией по тарифам КСГ для круглосуточного стационара.

2.5.2. При проведении диагностических, консультативных, лабораторных услуг, ПЭТ/КТ и телемедицинских консультаций

Все виды диагностических, консультативных и лабораторных услуг, ПЭТ/КТ, телемедицинские консультации, выполненные на госпитальном этапе (в период госпитализации пациента) в рамках стандарта по основному заболеванию (установленному основному клиническому диагнозу), являющемуся поводом для госпитализации в круглосуточный или дневной стационар, входят в стоимость клинко-статистической группы заболевания и как отдельные услуги не оплачиваются.

2.5.3. По профилю «Медицинская реабилитация»

Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного, а так же дневного стационаров в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Отнесение к КСГ st37.001-st37.018 и ds37.001-ds37.012, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В) вне зависимости от диагноза. При этом для отнесения к КСГ st37.001-st37.013, st37.021-st37.023, ds37.001-ds37.008, ds37.015-ds37.016 также применяется классификационный критерий – оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШМР) – Приложение 24 Тарифного соглашения.

При оценке 2 по ШМР пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШМР медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, утвержденной приказом департамента здравоохранения и фармации Ярославской области. При оценке 4-5-6 по ШМР пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Шкала реабилитационной маршрутизации установлена порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н.

Для КСГ случаев медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (st37.001-st37.003 и ds37.001-ds37.002) предусмотрена возможность кодирования применения ботулинического токсина в сочетании с оценкой по ШМР (3 – 5 в стационарных условиях и 2 – 3 в условиях дневного стационара). Стоимость данных КСГ увеличена с учетом возможности применения ботулинического токсина, при этом введение ботулинического токсина не является обязательным.

В целях учета случаев лечения с применением ботулинического токсина добавлены иные классификационные критерии «rbb2»-«rbb5», соответствующие оценке по шкале реабилитационной маршрутизации в сочетании с применением ботулинического токсина.

КСГ st37.019-st37.020 и ds37.013-ds37.014 формируются по соответствующему коду МКБ-Х в сочетании с медицинской услугой B05.027.001 «Услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего операцию по поводу онкологического заболевания». КСГ для случаев медицинской реабилитации пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19, формируются по коду иного классификационного критерия «rb2cov»-«rb5cov», отражающего признак перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19, а также оценку по ШМР (2-5 баллов соответственно).

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

Отнесение к КСГ «Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации» (КСГ st37.015 и ds37.010) осуществляется по коду медицинской услуги B05.028.001 «Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями органа слуха» или B05.046.001 «Слухо-речевая реабилитация глухих детей с кохлеарным имплантом» в сочетании с двумя классификационными критериями: возраст до 18 лет (код 5) и код классификационного критерия «rbs».

Классификационный критерий «rbs» означает обязательное сочетание 2-х медицинских услуг: B05.069.005 «Разработка индивидуальной программы дефектологической реабилитации», B05.069.006 «Разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации».

Оплата случаев перевода пациента после оказания специализированной (в т.ч. высокотехнологичной медицинской помощи) медицинской помощи в отделения реабилитации, в том числе в пределах одной медицинской организации, осуществляется отдельно, при условии выполнения порядка оказания медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

2.5.4. По профилю «Онкология»

Средние коэффициенты относительной затратоемкости КСГ «Онкология» в стационарных условиях и в условиях дневного стационара установлены на основе нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «Онкология» и специализированной медицинской помощи, включенной в КСГ «Детская онкология».

При расчете тарифа по лекарственной терапии учтено использование нагрузочных доз, в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения, а также учтена сопутствующая терапия для коррекции нежелательных явлений (например, противорвотные препараты, препараты, влияющие на

структуру и минерализацию костей и др.) и для лечения и профилактики осложнений основного заболевания.

Отнесение случая лечения к хирургическим КСГ по профилю «онкология» производится при комбинации диагнозов C00-C80, C97 и D00-D09 и услуг, обозначающих выполнение оперативного вмешательства (перечень КСГ по хирургической онкологии приведен в Приложении 25).

Если больному со злокачественным новообразованием выполнялось оперативное вмешательство, не являющееся классификационным критерием для онкологических хирургических групп, то отнесение такого случая производится по общим правилам, то есть к КСГ, формируемой по коду выполненного хирургического вмешательства.

В случае если злокачественное новообразование выявлено в результате госпитализации с целью оперативного лечения по поводу неонкологического заболевания (доброкачественное новообразование, кишечная непроходимость и др.) отнесение к КСГ и оплата осуществляются в соответствии с классификационными критериями по коду медицинской услуги без учета кода диагноза злокачественного новообразования.

Случаи проведения поддерживающей терапии и симптоматического лечения пациента со злокачественным новообразованием (при этом больному не оказывалось услуг, являющихся классификационным критерием (химиотерапии, лучевой терапии, хирургической операции)) подлежат оплате по КСГ st36.012 и ds36.006 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения».

При экспертизе качества медицинской помощи целесообразно обращать внимание на обоснованность подобных госпитализаций.

В соответствии с Программой по указанным КСГ, а также по КСГ st19.090-st19.093 и ds19.063-ds19.066 «ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения» может осуществляться оплата случаев введения медицинской организацией лекарственных препаратов, предоставленных пациентом или иной организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования (за исключением лекарственных препаратов приобретенных пациентом или его представителем за счет личных средств).

Оплата случаев госпитализаций в отделения/медицинские организации неонкологического профиля, когда в ходе обследования выявлено злокачественное новообразование, с последующим переводом (выпиской) больного для лечения в профильной организации, оплата случаев госпитализаций в отделения онкологического профиля с диагностической целью (включая также необходимость проведения биопсии) производится по КСГ st27.014 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования».

Оплата случая лечения по КСГ ds19.029 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ» осуществляется при комбинации кода МКБ-Х (С., D00-D09) и кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой (A07.23.008.001; A07.30.043; A07.30.043.001).

Оплата КСГ ds19.033 «Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования» осуществляется в случае госпитализации с обязательным выполнением биопсии при подозрении на злокачественное новообразование и проведением диагностических молекулярно-генетических и/или иммуногистохимических исследований (по коду иного классификационного критерия «mgi»).

В случае если в условиях дневного стационара пациенту выполнена биопсия, являющаяся классификационным критерием КСГ с коэффициентом затратоемкости, превышающим коэффициент затратоемкости КСГ ds19.033, оплата такой госпитализации осуществляется по КСГ с наибольшим коэффициентом затратоемкости.

Оплата случаев оказания медицинской помощи по лучевой терапии осуществляется на основании кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг и количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций).

Диапазон числа фракций

Диапазон фракций	Расшифровка
fr01-05	Количество фракций от 1 до 5 включительно
fr06-07	Количество фракций от 6 до 7 включительно
fr08-10	Количество фракций от 8 до 10 включительно
fr11-20	Количество фракций от 11 до 20 включительно
fr21-29	Количество фракций от 21 до 29 включительно
fr30-32	Количество фракций от 30 до 32 включительно
fr33-99	Количество фракций от 33 включительно и более

Отнесение случаев к группам st19.103, st19.104 и ds19.079, охватывающим случаи лечения лучевых повреждений, осуществляется на основании сочетания кода МКБ-Х, соответствующего лучевым повреждениям, дополнительного кода С., а также иного классификационного критерия «olt», отражающего состояние после перенесенной лучевой терапии, и кодов Номенклатуры медицинских услуг.

Для оплаты случаев лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией и лекарственными препаратами предусмотрены соответствующие КСГ. Отнесение к группам осуществляется по коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг с учетом количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций), а также кода МНН лекарственных препаратов.

Случай лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией оплачивается с

применением коэффициента дифференциации и поправочного коэффициента (коэффициента специфики оказания медицинской помощи) к доле заработной платы и прочих расходов в составе тарифа.

В случае применения лекарственных препаратов, не относящихся к определенному в Методических рекомендациях перечню МНН лекарственных препаратов применяемых в сочетании с лучевой терапией, оплата случая осуществляется по соответствующей КСГ для случаев проведения лучевой терапии.

Оплата случаев лекарственного лечения злокачественных новообразований у взрослых (кроме ЗНО кроветворной и лимфоидной ткани) st19.105-st19.121 и ds19.080-ds19.096, осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (C00-C80, C97, D00-D09) и кода схемы лекарственной терапии (sh0001 – sh9003).

При этом указание в реестре счетов на оплату медицинской помощи услуги A25.30.033 «Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у взрослых» аналогично другим услугам, в том числе не являющимся тарифообразующими, возможно в соответствии с Общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79.

За законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов. Количество дней введения не равно числу введений, так как в один день больной может получать несколько лекарственных препаратов. Также количество дней введения не равно длительности госпитализации¹.

Если выполненная схема лекарственной терапии злокачественного новообразования, не включена в качестве классификационного критерия ни в одну из представленных Группировщиком схем или выполнена лекарственными препаратами, не включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, если способ введения (в случае указания лекарственных препаратов в схеме) или скорость введения (в случае указания лекарственных препаратов в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в Группировщике, то оплата производится по коду sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям 1-6.

¹ Пример подбора схемы лечения, в зависимости от количества дней введения, приведен в Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденных совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 30.12.2020 № 11-7/И/2-2065 и 00-10-26-2-04/11-51.

В случаях применения схемы лечения sh9003 обязательно проведение экспертизы качества медицинской помощи.

Отнесение случаев к группам st08.001-st08.003 и ds08.001-ds08.003, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у детей, производится на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С», кодов Номенклатуры и возраста - менее 18 лет. Отнесение к указанным КСГ производится по коду Номенклатуры – А25.30.014 Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей.

Пациентам в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях с целью продолжения лечения, которое начато в возрасте до 18 лет, первичная специализированная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, могут быть оказаны в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь детям по профилю «детская онкология», в случаях и при соблюдении условий, установленных порядком оказания медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации. При этом, если пациенту оказывается медицинская помощь в соответствии с классификационными критериями, включенными в КСГ (в том числе схема лекарственной терапии, хирургическое вмешательство, возрастная группа пациента), оплата осуществляется по КСГ, выбранной по общим правилам отнесения случаев к КСГ. В случае, если пациенту проводится лекарственная терапия, которую невозможно отнести к определенной схеме лекарственной терапии, оплата осуществляется по КСГ по профилю «Детская онкология», выбранной в зависимости от диагноза пациента.

Отнесение случаев к группам лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей (КСГ st19.090-st19.102 и ds19.063-ds19.078) осуществляется по сочетанию кода МКБ-Х (коды C81-C96, D45-D47), кода длительности госпитализации, а также, при наличии, кода МНН или АТХ группы применяемых лекарственных препаратов.

Учитывая, что при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей в ряде случаев длительность госпитализации может значительно превышать 30 дней, предполагается ежемесячная подача счетов на оплату, начиная с 30 дней от момента госпитализации. Для каждого случая, предъявляемого к оплате, отнесение к КСГ осуществляется на основании критериев за период, для которого формируется счет.

В случае если между последовательными госпитализациями перерыв составляет 1 день и более, то к оплате подаются 2 случая. При этом не допускается предъявление к оплате нескольких случаев в течение 30 дней, если перерыв между госпитализациями составлял менее 1 дня (дата начала следующей госпитализации следовала сразу за датой выписки после предыдущей госпитализации). Также не допускается сочетание в рамках

одного случая госпитализации и/или одного периода лечения оплаты по КСГ и по нормативу финансовых затрат на случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Оплата КСГ st19.037 «Фебрильная нейтропения, агранулоцитоз вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований» производится в случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз являются основным поводом для госпитализации после перенесенного специализированного противоопухолевого лечения. В случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз развивается у больного в ходе госпитализации с целью проведения специализированного противоопухолевого лечения, оплата производится по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Отнесение случаев лечения к КСГ st19.037 осуществляется по сочетанию двух кодов МКБ-Х (С. и D70 Агранулоцитоз). Учитывая, что кодирование фебрильной нейтропении, агранулоцитоза по данной КСГ осуществляется в случаях госпитализации по поводу осложнений специализированного противоопухолевого лечения, в столбце «Основной диагноз» необходимо указать диагноз, соответствующий злокачественному заболеванию, а код D70 необходимо указать в столбце «Диагноз осложнения». В случае если код D70 указан в столбце «Основной диагноз», случай лечения будет отнесен к другой КСГ, не связанной с лечением злокачественного новообразования.

Если основным поводом для госпитализации являлась установка, замена порт-системы для лекарственной терапии злокачественных новообразований, то к оплате медицинская организация может выставить КСГ st19.038 (ds19.028) «Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований». Оплата осуществляется по кодам МКБ-Х (С., D00-D09) и коду Номенклатуры А11.12.001.002 «Имплантация подкожной венозной порт системы». При этом по коду данной услуги также допустимо кодирование установки и замены периферического венозного катетера – ПИК-катетера (ввиду отсутствия соответствующей услуги в Номенклатуре).

Если больному в рамках одной госпитализации устанавливают, меняют порт-систему (катетер) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения, оплата осуществляется по двум КСГ.

Отнесение к КСГ st19.122 «Поздний посттрансплантационный период после пересадки костного мозга» осуществляется по коду иного классификационного критерия «gbpt», соответствующего посттрансплантационному периоду для пациентов, перенесших трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток крови и костного мозга (от 30 до 100 дней).

2.5.5. Оплата случаев лечения по профилю «Офтальмология»

Выполнение косметических процедур за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

В связи с этим оплата по КСГ услуги А16.26.046.001 «Эксимерлазерная фототерапевтическая кератэктомия» осуществляется только при лечении эрозии, язвы роговицы, кератита, помутнения роговицы, возникшего вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности компенсации вызванной ими иррегулярности роговицы с помощью очковой или контактной коррекции, услуг А16.26.046.002 «Эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» и А16.26.047 «Кератомилез» – при коррекции астигматизма или иррегулярности роговицы, возникших вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности их компенсации с помощью очковой или контактной коррекции. Аналогичные принципы применяются для медицинской услуги А16.26.046 «Кератэктомия».

Оплата услуги А16.26.093 «Факоемульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация» осуществляется только при наличии противопоказаний к имплантации интраокулярной линзы, отраженных в первичной медицинской документации.

Выявление данных случаев необходимо осуществлять в рамках проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

2.5.6. Оплата случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология»

В условиях круглосуточного стационара в стоимость КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в медицинской организации, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления на оплату КСГ по профилю «Неонатология».

В случае дородовой госпитализации в отделение патологии беременности и пребывании в этом отделении 6 дней и более с последующим переводом в другое отделение для родоразрешения, оплата одного пролеченного случая осуществляется по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение».

При этом оплата по двум КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней с последующим переводом в другое отделение для родоразрешения при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-Х:

- О14.1 Тяжелая преэклампсия;
- О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;

- О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;

- О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

- О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

В случае дородовой госпитализации в отделение патологии беременности и пребывании в этом отделении менее 6 дней с последующим переводом в другое отделение для родоразрешения оплата осуществляется по одной КСГ с наибольшим размером оплаты, за исключением случаев, указанных выше.

2.5.7. Оплата случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология (использование вспомогательных репродуктивных технологий)»

В модели КСГ дневного стационара предусмотрены КСГ ds02.008-ds02.011, учитывающие возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения (в соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий), а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов:

I этап – стимуляция суперовуляции;

II этап – получение яйцеклетки;

III этап – экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;

IV этап – внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

При этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

Случаи оказания медицинской помощи в дневном стационаре с использованием вспомогательных репродуктивных технологий подлежат оплате независимо от фактов предшествующего или последующего перевода в круглосуточный стационар по стоимости КСГ, установленной Тарифным соглашением. Выбор КСГ производится по результату медицинской услуги. Оплате подлежит КСГ с обязательным условием выполнения основной медицинской услуги и указанием дополнительных услуг.

В случае если базовая программа ЭКО была завершена по итогам I этапа, I-II этапов, I-III этапов без последующей криоконсервации эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ ds02.009 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2)».

В случае проведения первых трех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов, а также проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ ds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)».

В случае проведения в рамках одного случая всех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ ds02.011 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4)».

В случае, если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов, случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.008 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)».

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет 1 пациенто/день.

2.5.8. Оплата случаев лечения по реанимационным КСГ

Отнесение к КСГ st36.009 «Реинфузия аутокрови», КСГ st36.010 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация» и КСГ st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация» осуществляется при наличии кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой.

Оплата случаев лечения с применением данных медицинских услуг осуществляется по двум КСГ – по сочетанию КСГ для оплаты лечения основного заболевания, являющегося поводом для госпитализации, и одной из вышеуказанных КСГ.

Отнесение случаев лечения с пациентов с органной дисфункцией к КСГ st04.006 «Панкреатит с синдромом органной дисфункции», КСГ st12.007 «Сепсис с синдромом органной дисфункции», КСГ st12.013 «Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции», КСГ st27.013 «Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции» и КСГ st33.008 «Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции» осуществляется при соответствии кода МКБ-Х (основное заболевание) и кода иного классификационного критерия (it1 или it2).

Шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA) и Шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA) приведены в Приложении 26 Тарифного соглашения.

2.5.9. Оплата случаев лечения по КСГ st36.003 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов»

Отнесение к КСГ st36.017 – st36.019 и ds36.008 – ds36.010 производится по комбинации кода возраста «5» (от 0 дней до 18 лет) или «6» (старше 18 лет) и иного классификационного критерия из диапазона «gibp01» – «gibp31», соответствующего МНН лекарственного препарата и числу введений в соответствии со справочником «МНН ЛП» файла «Расшифровка групп».

При этом количество случаев госпитализации одного пациента по КСГ st36.017 – st36.019 и ds36.008 – ds36.010 определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по соответствующей нозологии.

Выбор КСГ для оплаты случая лечения осуществляется по общим правилам. В ряде случаев стоимость КСГ, определенной по коду основного заболевания, превышает стоимость КСГ с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов, и оплата в данном случае осуществляется по КСГ, определенной по коду основного заболевания.

В случае лечения пациента лекарственными препаратами в таблетированной форме в стационарных условиях оплата случая осуществляется по КСГ, определенной по коду основного заболевания.

2.5.10. Оплата случаев лечения по КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией»

Данная КСГ подлежит оплате если лечение пациента проводится на геронтологической профильной койке с учетом двух классификационных критериев – основного диагноза пациента (из установленного Расшифровкой групп перечня) и сопутствующего диагноза пациента (R54 – Старческая астения).

2.5.11. Оплата случаев лечения КСГ st29.007 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)»

Оплата лечения по данной КСГ осуществляется при наличии травмы в двух и более анатомических областях (голова/шея, позвоночник, грудная клетка, живот, таз, конечности – минимум 2 кода МКБ-Х) или одного диагноза множественной травмы и травмы в нескольких областях тела, и кода МКБ 10 дополнительного диагноза, характеризующего тяжесть состояния (как минимум одного из нижеследующих диагнозов: J94.2, J94.8, J94.9, J93, J93.0, J93.1, J93.8, J93.9, J96.0, N17, T79.4, R57.1, R57.8²).

2.5.12. Оплата случаев лечения сепсиса

Оплата случаев лечения сепсиса (st12.005, st12.006, st12.007) осуществляется по сочетанию кода диагноза МКБ-Х и возрастной категории пациента и/или иного классификационного критерия «it1». Необходимо учитывать, что сепсис может являться как основным поводом для госпитализации, так и осложнением в ходе продолжающегося лечения основного заболевания. Таким образом, при выставлении случаев лечения сепсиса на оплату необходимо соответствующий диагноз указывать либо в основном

² Распределение кодов МКБ-Х, которые участвуют в формировании КСГ st29.007 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)» приведен в Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденных совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

диагнозе, либо в диагнозе осложнения. При этом отнесение к указанным КСГ с учетом возрастной категории и/или критерия «it1» сохраняется вне зависимости от того, в каком типе диагноза указан сепсис.

В случае возникновения септических осложнений в ходе госпитализации по поводу ожогов, в целях корректного выставления на оплату случая лечения диагноз септического осложнения также необходимо указывать в диагнозе осложнения. При этом порядок кодирования по классификационным критериям КСГ профиля «Комбустиология» не изменяется.

2.5.13. Оплата случаев лечения по профилю «Комбустиология»

Оплата КСГ по профилю «Комбустиология» (ожоговые группы) осуществляется при комбинации двух диагнозов, один из которых характеризует степень ожога, а другой площадь ожога³.

Исключением являются ожоги дыхательной системы (коды МКБ-Х), при наличии которых случай относится к КСГ st33.006 «Ожоги (уровень 4)» независимо от степени и площади ожога туловища. Ожоги других внутренних органов относятся к КСГ иных профилей.

2.5.14. Оплата случаев по КСГ st12.012 «Грипп, вирус гриппа идентифицирован»

Оплата по данной КСГ производится по комбинации кода МКБ-Х и кодов Номенклатуры.

При идентификации вируса гриппа другими методами (закодированными как услуги, не являющиеся классификационными критериями отнесения случая к КСГ st12.012) и при неидентифицированном вирусе гриппа случай лечения должен быть подан на оплату по КСГ st12.010 «Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые» или КСГ st12.011 «Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети» в зависимости от возраста пациента.

2.5.15. Оплата случаев лекарственной терапии при хроническом вирусном гепатите С в условиях дневного стационара

Оплата случаев лекарственной терапии по поводу хронического вирусного гепатита С осуществляется в соответствии с режимом терапии – с применением пегилированных интерферонов или препаратов прямого противовирусного действия (только по сочетанию кода диагноза по МКБ 10 и иного классификационного критерия «if» или «nif», отражающего применение лекарственных препаратов для противовирусной

³ Распределение кодов МКБ-Х, которые участвуют в формировании КСГ по профилю «Комбустиология» приведено в Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденным совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования

терапии). Детальное описание группировки КСГ представлено в таблице пункта 7 Приложения 11 Методических рекомендаций.

Для случаев лечения указание иного классификационного критерия «if» необходимо при проведении лекарственной терапии с применением препаратов пегилированных интерферонов за исключением препаратов прямого противовирусного действия. В то же время, к случаям лечения требующим указания критерия «pf» относится применение любой схемы лекарственной терапии, содержащей препараты прямого противовирусного действия в соответствии с анатомо-терапевтическо-химической классификацией (АТХ), в том числе применение комбинации лекарственных препаратов прямого противовирусного действия и пегилированных интерферонов.

Коэффициент относительной затроемкости для указанных КСГ приведен в расчете на усредненные затраты на 1 месяц терапии. При этом длительность терапии определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи.

2.5.16. Оплата случаев оказания медицинской помощи при эпилепсии

Оплата случаев лечения по поводу эпилепсии в круглосуточном стационаре осуществляется по профилю «Неврология», при этом КСГ st15.005 «Эпилепсия, судороги (уровень 1)» формируется только по коду диагноза по МКБ-Х а КСГ st15.018, st15.019 и st15.020 формируются по сочетанию кода диагноза и иного классификационного критерия «ep1», «ep2» или «ep3» соответственно, с учетом объема проведенных лечебно-диагностических мероприятий.⁴

2.5.17. Оплата случаев лечения неврологических заболеваний с применением ботулотоксина

Оплата случаев лечения неврологических заболеваний с применением ботулотоксина (st15.008, st15.009, ds15.002, ds15.003) производится при комбинации кода МКБ-Х, кода Номенклатуры А25.24.001.002 «Назначение ботулинического токсина при заболеваниях периферической нервной системы», соответствующего иного классификационного критерия «bt1», «bt2» или «bt3» и при необходимости кода возраста «5».

При одновременном применении ботулотоксина в рамках одного случая госпитализации как при фокальной спастичности нижней конечности, так и при других показаниях, случай подлежит кодированию с использованием кода «bt1».

2.5.18. Оплата отдельных клинко-статистических групп, объединяющих случаи лечения болезней системы кровообращения

⁴ Детальное описание группировки приведено в Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденных совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования .

Оплата большинства КСГ кардиологического (а также ревматологического или терапевтического) профиля производится путем комбинации двух критериев: МКБ-Х и услуги.

Если предусмотренные для отнесения к КСГ услуги не оказывались, случай выставляется на оплату по диагнозу в соответствии с кодом МКБ-Х.

Аналогичный подход применяется при классификации госпитализаций при инфаркте мозга.

КСГ st25.004 или ds25.001 «Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы» предназначены для оплаты краткосрочных (не более трех дней) случаев госпитализации, целью которых является затратоемкое диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения.

Оплата по данным КСГ производится при комбинации критериев: кода услуги, представляющего собой метод диагностического обследования, и кода диагноза, в том числе относящийся к диапазонам «I.» и Q20-Q28 по МКБ-Х для болезней системы кровообращения.

Оплата по КСГ st13.008-st13.010 «Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 1-3) осуществляется на основании классификационных критериев «flt1»-«flt5», соответствующих МНН применяемых лекарственных препаратов⁵.

2.5.19. Оплата случаев лечения пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 (st12.015-st12.019)

Оплата по данным КСГ производится при комбинации критериев: кода МКБ-Х (U07.1 или U07.2) и кода иного классификационного критерия: «stt1»-«stt4», отражающего тяжесть течения заболевания, или «stt5», отражающего признак долечивания пациента с коронавирусной инфекцией COVID-19.

Тяжесть течения заболевания определяется в соответствии с классификацией COVID-19 по степени тяжести, представленной во Временных методических рекомендациях «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Учитывая, что оказание медицинской помощи пациентам с COVID-19 (КСГ st12.015-st12.019) предусматривает (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи в соответствии с Временными методическими рекомендациями, коэффициент уровня медицинской

⁵ Детальное описание группировки приведено в Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденных совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

организации для оплаты случаев лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 (КСГ st12.015-st12.019) для медицинских организаций 1-го и 2-го уровня равен 1, для медицинских организаций 3-го уровня равен 1,1.

Оплата прерванных случаев лечения пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 (st12.015-st12.019) осуществляется в зависимости от срока длительности пребывания в стационаре:

- если длительность лечения составляла 3 дня и менее – случай госпитализации оплачивается в размере 30% от стоимости определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;

- если длительность лечения составляла от 4 до 7 дней – случай госпитализации оплачивается в размере 60% от стоимости определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;

- если длительность лечения составляла от 8 до 10 дней включительно – случай госпитализации оплачивается в размере 80% от стоимости определенной Тарифным соглашением для данной КСГ.

Правила оплаты госпитализаций в случае перевода:

- При переводе пациента после лечения случая коронавирусной инфекции по КСГ st12.015-st12.018 из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара, а также при переводе из одной медицинской организации в другую, если это обусловлено возникновением (наличием) другого заболевания (состояния), входящего в другой класс МКБ–Х и не являющегося следствием прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, - оплате подлежат оба случая лечения в рамках соответствующих КСГ, при этом случай до перевода подлежит оплате в соответствии со сроками, указанными абзацах 4-7 настоящего пункта как прерванный по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Обязательным требованием для оплаты по двум КСГ в той же медицинской организации является ведение двух историй болезни. Оплата прерванных случаев после перевода осуществляется по правилам оплаты прерванных случаев (согласно пункту 2.3.1).

- При переводе пациента после лечения коронавирусной инфекции по КСГ st12.015-st12.018 на долечивание по КСГ st12.019 в пределах одной медицинской организации, а также при переводе из одной медицинской организации в другую – оплате подлежат оба случая лечения в рамках соответствующих КСГ, при этом первый случай подлежит оплате как прерванный оба случая подлежат оплате в соответствии со сроками, указанными абзацах 4-7 настоящего пункта. Оплата прерванных случаев после перевода осуществляется в общем порядке. Для случаев долечивания пациента в той же медицинской организации обязательным требованием для оплаты по двум КСГ является

ведение двух историй болезни (для случая лечения и случая долечивания). В реестре счетов на оплату основного случая лечения коронавирусной инфекции по КСГ st12.015-st12.018 указывается код 109 «Лечение продолжено». Случаи оказания медицинской помощи по КСГ st12.019 после лечения коронавирусной инфекции по КСГ st12.015-st12.018 представляют собой следующий этап лечения, и соответственно не являются основаниями проведения внеплановых медико-экономических экспертиз в соответствии с подпунктом 1 пункта 22 Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»

2.5.20. Оплата случаев лечения по КСГ st36.016 и ds36.007 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции»

Оплата по КСГ st36.016 и ds36.007 производится при комбинации критериев: кода МКБ 10 Z25.8 «Необходимость иммунизации против другой уточненной одной вирусной болезни», кода возраста «4» (от 0 дней до 2 лет) и кода иного классификационного критерия «irs», соответствующего введению паливизумаба в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции.

Указанная КСГ может применяться как самостоятельно, в случае, когда иммунизация против РСВ является основным поводом к госпитализации, так и в сочетании с КСГ для случаев госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся, в том числе, показанием к иммунизации.

2.5.21. Оплата медицинской помощи по КСГ st36.006 и ds36.005 «Отторжение, отмирание трансплантата органов и тканей»

Оплата случая по данным КСГ осуществляется по коду МКБ. При этом в период лечения, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами.

При проведении экспертизы качества медицинской помощи необходимо оценивать обязательность проводимого лечения в полном объеме.

2.5.22. Оплата медицинской помощи по КСГ st36.013-st36.015 для случаев проведения антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1 – 3)

Отнесение к КСГ st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровни 1 – 3)» осуществляется по коду иного классификационного критерия из диапазона «amt01»-«amt15», соответствующего коду схемы лекарственной терапии в соответствии со справочником «ДКК» файла «Расшифровка групп».

Иные классификационные критерии для данных КСГ включают МНН дорогостоящего лекарственного препарата, назначение которого является критерием отнесения к группе, возможность назначения в составе схем любых других антимикробных и антимикотических лекарственных препаратов, а также обязательность наличия результатов микробиологического исследования, подтверждающего наличие инфекции, вызванной полирезистентными микроорганизмами.

Оплата случая лечения по указанным КСГ во всех случаях осуществляется в сочетании с КСГ, определенной по коду основного заболевания.

2.5.23. Оплата случаев лечения дерматозов КСГ st06.004 - st06.007 и ds06.002 - ds06.005

Оплата по КСГ st06.004 и ds06.002 «Лечение дерматозов с применением наружной терапии» производится только по коду МКБ-Х (диагнозу).

Оплата по КСГ st06.005 и ds06.003 «Лечение дерматозов с применением наружной терапии, физиотерапии, плазмафереза», st06.006 и ds06.004 «Лечение дерматозов с применением наружной и системной терапии», st06.007 и ds06.005 «Лечение дерматозов с применением наружной терапии и фототерапии» производится при комбинации кода МКБ-Х (диагноза) и иного классификационного критерия из диапазона «derm1» – «derm9», соответствующего примененному виду терапии в соответствии со справочником «ДКК» файла «Расшифровка групп». Для случаев лечения псориаза в ином классификационном критерии также предусмотрена оценка индекса тяжести и распространенности псориаза (PASI).

При сочетании кода МКБ-Х С84.0 «Грибовидный микоз» с иным классификационным критерием «derm4», или «derm5», или «derm7», или «derm8» оплата осуществляется по профилю «Дерматовенерология».

2.6 Способы оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а так же в транспортном средстве при медицинской эвакуации), медицинскими организациями, работающими в системе ОМС Ярославской области в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется:

- по подушевому нормативу финансирования;
- за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу) - вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории

которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц)

- за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу) - врачебные или фельдшерские вызовы, выполненные с проведением тромболизиса;

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, в том числе оплата медицинской помощи, в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации приведен в Приложении 27.

В рамках подушевого норматива финансирования, в пределах объемов, установленных решением Комиссии, производится оплата вызовов скорой медицинской помощи (врачебной бригады, фельдшерской бригады, перевозки, смерть до прибытия бригады скорой медицинской помощи).

Сверх подушевого норматива финансирования (за единицу объема) в пределах объемов, установленных решением Комиссии, выставляется к оплате по тарифам в соответствии с Приложением 28 медицинская помощь, оказанная вне медицинской организации:

- врачебные или фельдшерские вызовы, выполненные с проведением тромболизиса;

- медицинская помощь, оказанная на территории Ярославской области лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации: вызов скорой медицинской помощи (врачебный, фельдшерский, с проведением тромболизиса, перевозка, безрезультативный выезд);

- вызов выездной дистанционной анестезиолого-реанимационной бригады, в том числе и при транспортировке.

- вызов скорой медицинской помощи (врачебный).

Безрезультативные выезды, за исключением констатации биологической смерти (пациент умер до приезда бригады скорой медицинской помощи), к оплате в реестрах счетов не предъявляются.

2.7. Оплата медицинской помощи 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.

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 (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), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи (далее – по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи) применяется в целях оптимизации оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, являющимися самостоятельными юридическими лицами, в том числе расположенными в сельской местности, в отдаленных, труднодоступных и малонаселенных районах, с учетом количества структурных подразделений, объема оказываемой медицинской помощи, численности прикрепленного населения.

Подушевой норматив финансирования включает расходы медицинской организации на часть объема собственной деятельности, определяется на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара (за исключением скорой медицинской помощи), с учетом критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи.

Из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, на тестирование на наличие новой коронавирусной инфекции COVID-19, а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов и углубленной диспансеризации.

На основе базовых (средних) подушевых нормативов финансирования медицинской помощи, оказываемой по всем видам и условиям медицинской помощи, рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы для медицинских организаций по следующим формулам:

$$ДП_{ni} \text{ общ} = ДП_{ni} \text{ апп} + ДП_{ni} \text{ кс} + ДП_{ni} \text{ дс, где}$$

ДП_и общ — дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания (за исключением скорой медицинской помощи) *i* -той медицинской организации, рублей.

ДП_и апп = ПНбаз апп × КУмо_и апп × КДпв_и апп × КДот_и × КСмо_и апп, где

- | | | |
|-----------------------|---|---|
| ДП _и апп | — | дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической помощи <i>i</i> -той медицинской организации, рублей; |
| ПНбаз апп | — | базовый (средний) подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, рублей; |
| КУмо _и апп | — | коэффициент уровня (подуровня) оказания амбулаторно-поликлинической помощи, к которому относится <i>i</i> -тая медицинская организация; |
| КДпв _и апп | — | половозрастной коэффициент дифференциации расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь, определенный для <i>i</i> -той медицинской организации; |
| КСмо _и апп | — | коэффициент специфики оказания амбулаторно-поликлинической помощи <i>i</i> -той медицинской организацией; |
| КДот _и | — | коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание, определенный для <i>i</i> -той медицинской организации. |

В случае если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации КДот, при расчете объема направляемых финансовых средств учитываются доли обслуживаемого данными подразделениями населения в общей численности прикрепленного к данной медицинской организации населения.

ДП_и кс = ПНбаз кс × КДпв_и кс × КУмо_и кс × КСмо_и кс, где

- | | | |
|----------------------|---|--|
| ДП _и кс | — | дифференцированный подушевой норматив финансирования стационарной помощи <i>i</i> -той медицинской организации, рублей; |
| ПНбаз кс | — | базовый (средний) подушевой норматив финансирования стационарной помощи, рублей; |
| КДпв _и кс | — | половозрастной коэффициент дифференциации расходов на оказание стационарной помощи, определенный для <i>i</i> -той медицинской организации; |
| КСмо _и кс | — | коэффициент специфики оказания стационарной помощи <i>i</i> -той медицинской организацией; |
| КУмо _и кс | — | коэффициент уровня (подуровня) оказания стационарной помощи, к которому относится <i>i</i> -тая медицинская организация (при необходимости). |

ДП_и дс = ПНбаз дс × КДпв_и дс × КУмо_и дс × КСмо_и дс, где

- | | | |
|----------------------|---|---|
| ДП _и дс | — | дифференцированный подушевой норматив финансирования помощи в дневном стационаре <i>i</i> -той медицинской организации, рублей; |
| ПНбаз дс | — | базовый (средний) подушевой норматив финансирования помощи в дневном стационаре, рублей; |
| КДпв _и дс | — | половозрастной коэффициент дифференциации расходов на оказание помощи в дневном стационаре, определенный для <i>i</i> -той медицинской организации. |

$K_{Cmo\ i\ дс}$ — коэффициент специфики оказания помощи в дневном стационаре i -той медицинской организацией;

$K_{Уmo\ i\ дс}$ — коэффициент уровня (подуровня) оказания помощи в дневном стационаре, к которому относится i -тая медицинская организация (при необходимости).

Коэффициент уровня (подуровня) оказания стационарной помощи и помощи в дневном стационаре учитывается, если внутри группы медицинских организаций, в отношении которых используется данный способ оплаты, имеются различия в расходах на оказание соответствующего вида помощи в расчете на одного прикрепленного с учетом профильности стационаров и дневных стационаров.

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

$$ПК = \frac{\sum (ДПн\ i\ общ \times Чз\ i)}{(ПН\ баз\ апп + ПН\ баз\ кс + ПН\ баз\ дс) \times Чз}, \text{ где}$$

$Чз\ i$ — численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той медицинской организации, человек;

$Чз$ — общая численность застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям, человек;

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

$$ФДПн\ i = ДПн\ i\ общ \times ПК, \text{ где:}$$

$ФДПн\ i$ — фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей.

Фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу определяется по следующей формуле:

$$ОС_{Пн} = ФДПн\ i \times Чз\ i \times (1 - Дрд) + ОС_{Рд\ i}, \text{ где}$$

$ОС_{Пн}$ — финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, рублей;

$ФДПн\ i$ — фактический дифференцированный подушевой норматив i -той медицинской организации, рублей;

$Дрд$ — доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности;

$ОС_{Рд\ i}$ — размер средств, направляемых на выплаты медицинской организации в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей.

Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности,

устанавливается в размере 5% от месячной суммы подушевого финансирования медицинской организации ($Дрд = 0,05$).

Оценка деятельности медицинских организаций с целью осуществления выплат при достижении целевых значений показателей результативности осуществляется ежемесячно нарастающим итогом.

Для оценки показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям медицинской помощи, применяется «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки» (Приложение 29). За каждый показатель результативности в зависимости от его значения медицинская организация в данном периоде оценки получает определенный балл. Суммарное количество набранных по всем показателям баллов соотносится с максимально возможным для определения уровня выполнения показателей результативности:

$$У_p = Б_{факт} / Б_{макс} \text{ где}$$

$У_p$ – уровень выполнения показателей результативности деятельности, коэф.,

$Б_{факт}$ – фактическое количество набранных медицинской организацией баллов (если $Б_{факт} < 0$, то при расчете следует считать $Б_{факт} = 0$),

$Б_{макс}$ – максимально возможное количество баллов по перечню показателей оценки результативности деятельности.

Размер средств, направляемых в данном периоде на выплаты медицинским организациям за результативность деятельности ($ОС_{рди}$), рассчитывается по формуле:

$$ОС_{рди} = ФДП_{ни} \times Чз_{и} \times Дрд \times У_p$$

Ежемесячно ТФОМС ЯО после получения сведений из указанных в Приложении 29 к тарифному соглашению источников информации для расчета показателей осуществляет по каждой медицинской организации:

- оценку уровня выполнения показателей результативности деятельности,
- определяет суммарное количество набранных баллов,
- определяет сумму выплат за результативность деятельности и размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу,
- рассматривает и утверждает полученные результаты протоколом на заседании Рабочей группы по оценке показателей результативности деятельности медицинских организаций в соответствии с «Положением о Рабочей группе по оценке показателей

результативности деятельности медицинских организаций» (приказ ТФОМС от 28.12.2020 № 710/01).

Выплаты за достигнутые показатели результативности на текущий месяц определяются на основании оценки на основе достигнутых показателей результативности за предыдущие месяцы (за декабрь и январь подушевое финансирование осуществляется в полном объеме).

При выполнении показателей результативности в соответствии с установленными критериями проводится корректировка финансового плана учреждения.

Перечень медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), указан в Приложении 30.

В рамках подушевого норматива финансирования, в пределах объемов, установленных решением Комиссии, оплачивается медицинская помощь, оказанная:

в амбулаторных условиях в плановой и неотложной форме по обращению по заболеванию или посещению с профилактическими и иными целями:

- фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием, в том числе оказанная на базе мобильных медицинских комплексов - первичная доврачебная медико-санитарная помощь;

- врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами) - первичная врачебная медико-санитарная помощь, организованная, в том числе и по территориально-участковому принципу;

- врачами-специалистами - первичная специализированная медико-санитарная помощь;

- при проведении диспансеризации (кроме углубленной), профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, порядки, проведения которых установлены нормативно-правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации в пределах плановых объемов, утвержденных ДЗиФ ЯО;

- в Центрах здоровья (комплексный медицинский осмотр);

- медицинская помощь, оказанная в учреждениях образования;

в условиях круглосуточного стационара в экстренной и плановой форме врачами-специалистами – специализированная медицинская помощь;

в условиях дневного стационара в плановой форме:

- врачами-терапевтами, врачами-педиатрами и врачами общей практики (семейными врачами) - первичная врачебная медико-санитарная помощь;

- врачами-специалистами - первичная специализированная и специализированная медико-санитарная помощь.

Сверх подушевого норматива финансирования (за единицу объема) в пределах объемов, установленных решением Комиссии, выставляется к оплате по тарифам в соответствии с Приложениями 5, 6, 19, 34, 43 медицинская помощь, оказанная:

- медицинские услуги (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, молекулярно-генетические исследования с целью диагностики онкологических заболеваний), тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- комплексное посещение при проведении I этапа углубленной диспансеризации, включающее исследования и медицинские вмешательства гражданам, переболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19): измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови;

- за единицу объема медицинской помощи при проведении углубленной диспансеризации при оплате исследований и медицинских вмешательств гражданам, переболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19):

в рамках I этапа: тест с 6 минутной ходьбой; определении концентрации Д-димера в крови;

в рамках II этапа: проведение эхокардиографии; проведение компьютерной томографии легких; дуплексное сканирование вен нижних конечностей.

- случаи госпитализации пациентов для лечения коронавирусной инфекции в круглосуточном стационаре, предусмотренные п. 2.5.19. «Оплата случаев лечения пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 (st12.015-st12.019)»;

- случаи госпитализации пациентов в круглосуточный или дневной стационар по профилю «Онкология» или «Детская онкология».

Для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства 1 раз в год представителями регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи, в соответствии с перечнем «Показателей результативности деятельности медицинской

организации, внедряющей новую модель оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства» (Приложение 8) проводится оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, 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.

Результаты оценки показателей результативности по бережливому производству передаются представителями регионального центра в Комиссию по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования для осуществления стимулирующих выплат медицинским организациям.

Медицинская организация получает выплату в размере 1% средней ежемесячной суммы подушевого финансирования в случае достижения всех показателей результативности (22 балла), установленных в Приложении 8.

При выполнении показателей в соответствии с установленными критериями проводится корректировка финансового плана учреждения.

Перечень медицинских организаций, участвующих в «Бережливой поликлинике», указан в Приложении 9.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям оказания (за исключением скорой медицинской помощи) не включает размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов

Расчет месячного и годового размера финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов осуществляется в соответствии с Методикой, приведенной в Приложении 31.

Фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты медицинских организаций, месячные и годовые нормативы финансового обеспечения при условии соблюдения требований приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» представлены в Приложении 32.

Раздел 3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Размер тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с методикой расчета тарифов, представленной в разделе XII приказа Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», и

методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденными совместным письмом Минздрава России и ФФОМС «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

Структура тарифов на оплату медицинской помощи и состав компенсируемых расходов по направлениям расходования средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Ярославской области, определяются:

- ст.35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в части перечня страховых случаев и структуры тарифа;

- положениями раздела XII приказа Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;

- положениями разделов IV и V постановления Правительства РФ от 28.12.2021 № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;

- письмом Минздрава России от 13.01.2022 № 11-7/И/2-275 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022-2024 годы».

Тариф на оплату медицинской помощи включает в себя:

- 1) Расходы на оплату медицинской помощи (кроме высокотехнологичной медицинской помощи):

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

2) Расходы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи:

расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) в соответствии с Программой;

3) дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи, определенные Программой в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ;

4) расходы, определенные Территориальной программой в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой за счет средств субвенций из бюджета Федерального фонда и межбюджетных трансфертов из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджет территориального фонда.

В расчет тарифов включаются затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

Состав затрат по группам, их детализация и особенности определения и распределения представлены в п.193-208 раздела XII приказа Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

При разграничении понятий капитального и текущего ремонтов объектов капитального строительства следует руководствоваться:

- Градостроительным кодексом Российской Федерации от 29.12.2004 № 190-ФЗ;
- ведомственными строительными нормами ВСН 58-88 (р) «Положение об организации и проведении реконструкции, ремонта и технического обслуживания зданий, объектов коммунального и социально-культурного назначения», утвержденных приказом Госкомархитектуры России от 23.11.1988 № 312;

- постановлением Госстроя СССР от 29.12.1973 № 279 «Об утверждении Положения о проведении планово-предупредительного ремонта производственных зданий и сооружений».

Расходы государственных медицинских организаций в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и не входят в средний подушевой норматив финансирования, установленный территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда определяются исходя из потребности в количестве персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги), и потребности в персонале, необходимом для функционирования медицинской организации в целом, в соответствии с действующей системой оплаты труда. При определении затрат на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда основного персонала учитываются денежные выплаты 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 пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (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, а также достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации.

К эффективному использованию средств ОМС в части приобретения медикаментов, расходных материалов и изделий медицинского назначения относится закупка этих средств по ценам, не превышающим среднерыночные по Ярославской области, а также их использование в течение срока годности и хранение в объемах, соответствующих действующим нормативным документам.

При оплате медицинской помощи учитываются уровни предоставления медицинской помощи в соответствии с порядками ее оказания. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи устанавливается тарифным соглашением в разрезе трех уровней

оказания медицинской помощи дифференцированно для медицинских организаций в соответствии с действующим законодательством.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи.

С учетом объективных критериев (разница в используемых энергоносителях, плотность населения обслуживаемой территории, монопрофильная медицинская организация и т.д.), основанных на экономическом обосновании и расчетах, выполненных в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Минздрава России от 28.02.2019 №108н в составе Правил обязательного медицинского страхования, по каждому уровню могут выделяться подуровни оказания медицинской помощи с установлением коэффициентов по каждому подуровню.

1-й уровень - медицинские организации оказывающие населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа), на территории которого расположены: первичную медико-санитарную помощь и (или) паллиативную медицинскую помощь и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь;

2-й уровень - медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие преимущественно специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь населению нескольких муниципальных образований по широкому перечню профилей медицинской помощи, а также специализированные больницы, больницы скорой медицинской помощи, центры, диспансеры;

3-й уровень - медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

Отнесение медицинской организации к третьему уровню оказания медицинской помощи осуществляется при соблюдении лицензионных требований, предъявляемых к медицинским организациям, оказывающим высокотехнологичную медицинскую помощь в соответствии с пунктом 4 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 01 июня 2021 г. № 852 и в случае распределения Комиссией объема на оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

Порядок распределения медицинских организаций на подуровни в пределах второго и третьего уровня в условиях круглосуточного стационара:

- медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий (в соответствии с приказами ДЗиФ ЯО) относятся к подуровню 3.2;

- медицинские организации, не оказывающие медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий (в соответствии с приказами ДЗиФ ЯО) относятся к подуровню 3.1;

- медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, диспансеры, а так же госпиталь ветеранов войн относятся к подуровню 2.2;

- медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь населению нескольких муниципальных образований относятся к подуровню 2.1.

Распределение коэффициентов уровня оказания медицинской помощи по уровням (подуровням) медицинских организаций:

Стационарная помощь

Уровень	1	2		3	
Подуровень		2.1	2.2	3.1	3.2
Коэффициент уровня/подуровня	0,9	1,044	1,1	1,1	1,12
Коэффициент уровня/подуровня при оказании медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 по КСГ st12.015 – st12.019	1	1	1	1.1	1.1

Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в условиях дневного стационара, по уровням не распределяются.

Коэффициент уровня для всех медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, в условиях дневного стационара равен 1 и является единым на всей территории Ярославской области.

3.1 Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

Для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ярославской области, в расчете на одно застрахованное лицо установлены:

	в год	в месяц
Средний подушевой норматив финансирования	5 266,32 руб.	438,86 руб.
Базовый (средний) подушевой норматив финансирования	4 062,47 руб.	338,54 руб.

Коэффициент приведения

0,771406

0,771406

Базовые нормативы финансовых затрат на оплату медицинской помощи:

Посещений с профилактическими и иными целями, в том числе:	679,80
комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров	2 015,90
комплексных посещений для проведения диспансеризации – всего:	2 492,50
в т.ч. углубленной диспансеризации	1 017,50
в т.ч. диспансеризации (кроме углубленной)	2 926,86
посещений с иными целями	324,30
Посещений в неотложной форме	716,97
Обращений по поводу заболеваний, в том числе проведение:	1 618,03
компьютерной томографии	2 542,00
магнитно-резонансной томографии	3 575,00
ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы	492,10
эндоскопического диагностического исследования	923,30
молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний	8 174,20
патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии	2 021,30
тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции	600,50

Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, установлены по профилям медицинской помощи, видам приемов, категориям обслуживаемого населения, уровням оказания медицинской помощи (Приложение 5).

Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи для конкретной медицинской организации КУМОІ устанавливается в соответствии с п.6.3 Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения и с учетом количества профилей оказания амбулаторно-поликлинической помощи, влияющего на размер расходов на содержание структурных подразделений медицинских организаций.

Коэффициенты уровня (подуровня), применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторно-поликлинической помощи указаны в Приложении 40.

Половозрастной коэффициент дифференциации КДпв_и для конкретной медицинской организации рассчитывается с использованием относительных коэффициентов половозрастных расходов для каждой половозрастной группы прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц и их численности в этой группе. Половозрастные коэффициенты дифференциации КДпв учитывают различия в уровне расходов на оказание амбулаторно-поликлинической помощи в зависимости от половозрастной структуры населения. Величина половозрастных коэффициентов дифференциации определяется на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи (в пределах общего размера средств в рамках подушевого финансирования), оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, но не реже одного раза в год, и численности застрахованных лиц за данный период. При этом для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше устанавливается значение половозрастного коэффициента в размере не менее 1,6 (в случае, если расчетное значение коэффициента потребления медицинской помощи по группам мужчин и женщин 65 лет и старше составляет менее 1,6, значение коэффициента принимается равным 1,6).

При определении ежемесячного объема подушевого финансирования медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, страховым медицинским организациям необходимо учитывать изменение численности прикрепившихся застрахованных лиц и тарифы, установленные на основе фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования.

Размеры дифференцированных и фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторно-поликлинической помощи в разрезе медицинских организаций установлены Приложением 40.

3.2 Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ярославской области, в расчете на одно застрахованное лицо на стационарную помощь составляет **5 843,15 руб.**

Стоимость законченного случая лечения (СС_{КСГ}) по клинико-статистическим группам (КСГ) рассчитывается по формуле (за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов):

$СС_{КСГ} = БС \times КД \times (КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{мо} + КСЛП)$, где:

БС – базовая ставка рублей;

КЗ_{КСГ} – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КД – коэффициент дифференциации (=1).

КС_{КСГ} – коэффициент специфики по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (**КС_{КСГ}** устанавливается для конкретной КСГ независимо от уровня оказания медицинской помощи. К КСГ, начинающимся с символов st19 и ds19 профиль «Онкология», st08 и ds08 профиль «Детская онкология», коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1));

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

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП) (Приложение 33 к Тарифному соглашению).

Стоимость законченного случая лечения (СС_{КСГ}) по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - Дзп) + Дзп \times ПК \times КД) + БС \times КД \times КСЛП, \text{ где}$$

БС – базовая ставка рублей;

КЗ_{КСГ} – коэффициент относительной затроемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

Дзп – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, установленное Приложением 4 к Программе значение, к которому применяется КД и ПК (перечень КСГ с долей заработной платы и прочих расходов перечислены в Приложение 34);

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая;

КД – коэффициент дифференциации (=1).

ПК=КС_{КСГ} × КУС_{мо}, где:

КС_{КСГ} – коэффициент специфики по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (**КС_{КСГ}** устанавливается для конкретной КСГ независимо от уровня оказания медицинской помощи. К КСГ, начинающимся с символов st19 и ds19 профиль «Онкология», st08 и ds08 профиль «Детская онкология», коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1));

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

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП) (Приложение 33 к Тарифному соглашению).

Норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара составляет **37 316,00** руб.

Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке при оплате медицинской помощи в стационарных условиях равен 0,65.

Базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи рассчитана в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» и составляет **24 255,40 рубля** с учетом коэффициента дифференциации, рассчитанного согласно Постановлению 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».

Коэффициент дифференциации равен 1 и является единым на всей территории Ярославской области.

Перечень клинико-статистических групп (КСГ) с коэффициентами относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен конкретный случай госпитализации, и коэффициентами специфики, приведен в Приложении 34.

Коэффициенты относительной затратоемкости по КСГ соответствуют коэффициентам относительной затратоемкости Перечня групп заболеваний, состояний для оплаты специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, установленного Приложением 4 к Программе, в соответствии с которым в структуре Методических рекомендаций сформированы Расшифровщики клинико-статистических групп заболеваний для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (в электронном виде – приложение 8 и 9 к Методическим рекомендациям).

Коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи рассчитаны в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и «Методическими рекомендациями».

К отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющие высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающие (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи (например, аппендэктомия), коэффициент уровня (подуровня) при оплате не применяется (принимается равным 1). Исчерпывающий перечень таких КСГ в стационарных условиях установлен Приложением 34 к Тарифному соглашению.

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) устанавливается к отдельным случаям оказания медицинской помощи в соответствии с Требованиями и Приложением 3 к Методическим рекомендациям.

КСЛП₃, КСЛП₄,... КСЛП_n – коэффициенты сложности лечения пациента в условиях круглосуточного стационара, применяемые в следующих случаях:

- оказание медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра⁶, возраст определяется на дату поступления в стационар **КСЛП₃=0,2**;

- наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации **КСЛП₄=0,6**. Перечень указанных заболеваний и состояний, значения коэффициента представлены в Приложении 33 к Тарифному соглашению;

- проведение сочетанных хирургических вмешательств (Приложение 35 к Тарифному соглашению) или проведение однотипных операций на парных органах (Приложение 36 к Тарифному соглашению) по соответствующему уровню:

уровень 1 КСЛП_{5.1}=0,05;

уровень 2 КСЛП_{5.2}=0,47;

уровень 3 КСЛП_{5.3}=1,16;

уровень 4 КСЛП_{5.4}=2,07;

уровень 5 КСЛП_{5.5}=3,49.

Перечень возможных операций, а также критерии отнесения соответствующих операций к уровню КСЛП определены Приложением 3 Методических рекомендаций.

При формировании персонального счета, за оперативное пособие обязательно указание даты и времени начала и окончания операции. Если в ходе проведения операции в организм человека были имплантированы различные медицинские изделия, предназначенные для восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма, заполнение в разделе «Расходные материалы» полей: «Код имплантированного медицинского изделия» и «Количество» являются обязательными.

- предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний), за исключением случаев, к которым применяется следующий ниже КСЛП (предусмотренный пунктом 2 перечня, определенного Приложением 3 Методических рекомендаций), *при обязательном указании в элементе «manipulation» комплексной услуги А13.30.006.001 «Уход за больным ребенком». День поступления и день выписки*

⁶ Кроме случаев госпитализации на геронтологические профильные койки

из отделения родителя (законного представителя) считается одним днем – КСЛП₇=0,2;

- предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний), получающих медицинскую помощь по профилю «Детская онкология» и (или) «Гематология», КСЛП₈=0,6;

- развертывание индивидуального поста – КСЛП₁₇=0,2.

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 3 Методических рекомендаций, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

В случае применения для расчета стоимости законченного случая лечения коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП₃, КСЛП₄, ..., КСЛП₁₇) в персональном счете обязательно заполняется атрибут «coeff» элемента «KSLP» соответствующим(и) значением(ями): 3 – лечение лиц старше 75 лет, 4 – наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента, 5.1 – проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение одностипных операций на парных органах (уровень 1), 5.2 – проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение одностипных операций на парных органах (уровень 2), 5.3 – проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение одностипных операций на парных органах (уровень 3), 5.4 – проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение одностипных операций на парных органах (уровень 4), 5.5 – проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение одностипных операций на парных органах (уровень 5), 7 – предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний), за исключением аналогичных случаев по профилю «Детская онкология» и (или) «Гематология», 8 – предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний), получающих медицинскую помощь по профилю «Детская онкология» и (или) «Гематология», 17 – при необходимости развертывания индивидуального поста.

При заполнении атрибута «coeff» значениями 7 и/или 8 и/или 17 обязательно заполняется атрибут «act_coeff» элемента «coeff» с указанием: для КСЛП₇ и КСЛП₈ –

медицинские показания для ухода за ребенком старше 4-х лет, для КСЛП₁₇ – причины развертывания индивидуального поста.

Применение КСЛП со значением (ями), равными 4, 5 являются поводом для проведения медико-экономической экспертизы и, при необходимости – экспертизы качества медицинской помощи.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденные постановлением Правительства РФ от 28.12.2021 № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов», приведены в Приложении 19 к Тарифному соглашению.

3.3 Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров всех типов

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ярославской области, в расчете на одно застрахованное лицо в дневных стационарах всех типов составляет **1 555,36** руб.

Норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара составляет **23 192,70** руб.

Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке при оплате стационарозамещающей медицинской помощи равен 0,60.

Базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров всех типов, составляет **13 915,62** рубля.

Перечень клинико–статистических групп с коэффициентами относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен конкретный случай лечения и коэффициенты специфики приведены в Приложении 37 к Тарифному соглашению.

Стоимость законченного случая лечения (СС_{КСГ}) по (КСГ) рассчитывается по формуле (за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов):

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times (КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + КСЛП), \text{ где:}$$

БС – базовая ставка, рублей;

КЗ_{КСГ} – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КД – коэффициент дифференциации (=1).

КС_{КСГ} – коэффициент специфики. К КСГ, начинающимся с символов ds19 профиль «Онкология» и ds08 профиль «Детская онкология», коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1);

КУСмо – коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент, равен 1 и является единым для всей территории Ярославской области;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП) (Приложение 33 к Тарифному соглашению).

Стоимость законченного случая лечения (СС_{КСГ}) по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1-Дзп)+Дзп \times ПК \times КД) + БС \times КД \times КСЛП, \text{ где}$$

БС – базовая ставка, рублей;

КЗ_{КСГ} – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения;

Дзп - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, установленная Приложением 4 к Программе (перечень КСГ с долей заработной платы и прочих расходов перечислены в Приложение 37 к Тарифному соглашению);

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая;

КД – коэффициент дифференциации (=1).

ПК=КС_{КСГ} × КУСмо, где:

КС_{КСГ} – коэффициент специфики по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (**КС_{КСГ}** устанавливается для конкретной КСГ независимо от уровня оказания медицинской помощи. К КСГ, начинающимся с символов ds19 профиль «Онкология» и ds08 профиль «Детская онкология», коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1));

КУСмо – коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент, равен 1 и является единым для всей территории Ярославской области;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП) (Приложение 33 к Тарифному соглашению).

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 3 Методических рекомендаций, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

Коэффициенты сложности лечения пациента в условиях дневного стационара всех типов, применяемые в случаях проведения сочетанных хирургических вмешательств (Приложение 35 к Тарифному соглашению) или проведение однотипных операций на парных органах (Приложение 36 к Тарифному соглашению) по соответствующему уровню:

уровень 1 КСЛП_{5.1}=0,05;

уровень 2 КСЛП_{5.2}=0,47;

уровень 3 КСЛП_{5.3}=1,16;

уровень 4 КСЛП_{5.4}=2,07;

уровень 5 КСЛП_{5.5}=3,49.

Перечень возможных операций, а также критерии отнесения соответствующих операций к уровню КСЛП определены Приложением 3 Методических рекомендаций.

При формировании персонального счета, за оперативное пособие обязательно указание даты и времени начала и окончания операции. Если в ходе проведения операции в организм человека были имплантированы различные медицинские изделия, предназначенные для восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма, заполнение в разделе «Расходные материалы» полей: «Код имплантированного медицинского изделия» и «Количество» являются обязательными.

В случае применения для расчета стоимости законченного случая лечения коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП_{5.1} – КСЛП_{5.5}) в персональном счете обязательно заполняется атрибут «coeff» элемента «KSLP» соответствующим(и) значением(ями): 5.1 – проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 1), 5.2 – проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 2), 5.3 – проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 3), 5.4 – проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 4), 5.5 – проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 5).

Применение КСЛП со значением (ями), равными 5.1 – 5.5 является поводом для проведения медико-экономической экспертизы и, при необходимости – экспертизы качества медицинской помощи.

3.4 Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

В части оплаты скорой медицинской помощи, устанавливается размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ярославской области, в расчете на одно застрахованное лицо и составляет **818,49 руб.**

Общий размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими

организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ярославской области, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{СМП} = \frac{(H_o_{СМП} \times H_{фз}^{СМП}) \times Чз - O_{СМТР}}{Чз}, \text{ где}$$

$\Phi O_{CP}^{СМП}$	—	размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ярославской области, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;
$H_o_{СМП}$	—	средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, вызовов;
$H_{фз}^{СМП}$	—	средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
$O_{СМТР}$	—	размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами Ярославской области за вызов, рублей;
$Чз$	—	численность застрахованного населения Ярославской области, человек.

Численность обслуживаемого подстанцией скорой медицинской помощи населения для целей расчета подушевого норматива финансирования устанавливается с учетом численности застрахованного прикрепленного к медицинским организациям населения в зоне ее обслуживания.

По подушевому нормативу осуществляется финансовое обеспечение скорой медицинской помощи, оказываемой гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве), за исключением расходов на оплату:

- вызовов с проведением тромболитической терапии;
- медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации;
- вызовов выездной дистанционной анестезиолого-реанимационной бригады, в том числе и при перевозке.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из размера среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ярославской области, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле и составляет $ПН_{БАЗ} = 65,79$ руб. в месяц, или **789,48 руб. в год**:

$$ПН_{БАЗ} = \frac{(ФО_{СР}^{СМП} \times ЧЗ - ОС_{В})}{ЧЗ}, \text{ где:}$$

$ПН_{БАЗ}$ базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;

$ОС_{В}$ размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам за вызов, рублей.

Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования при оплате скорой медицинской помощи равен 0,9646.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций рассчитывается по следующей формуле:

$$ДПН^i = ФО_{СР}^{СМП} \times Пр_{СМП} \times КС_{СМП}^i \times КД^i, \text{ где:}$$

$ДПН^i$ дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей;

$КС_{СМП}^i$ коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи i-той медицинской организацией.

$КД^i$ коэффициент дифференциации i-той медицинской организации (равен 1,0).

Коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи определяется для каждой медицинской организации по следующей формуле:

$$КС_{СМП}^i = КД_{ПВ}, \text{ где:}$$

$КС_{СМП}^i$ коэффициент специфики оказания медицинской помощи;

$КД_{ПВ}$ половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации.

Коэффициент половозрастных затрат для конкретной медицинской организации рассчитывается с использованием относительных коэффициентов половозрастных затрат для каждой половозрастной группы застрахованных лиц, обсуживаемых данной медицинской организации, и их численности в этой группе. Относительные коэффициенты половозрастных затрат учитывают различия в уровне затрат на оказание скорой медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры населения. Величина относительных коэффициентов рассчитывается территориальным фондом на основании фактических данных об объемах и стоимости скорой медицинской помощи для каждой половозрастной группы в пределах общего размера средств подушевого финансирования за год, но не менее 6 месяцев, предшествующих утверждению (изменению) Тарифного соглашения.

Размеры дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи и численность застрахованного обслуживаемого населения в разрезе медицинских организаций установлены Приложением 38.

Медицинские организации ежемесячно представляют персонифицированный реестр счетов за оказанную медицинскую помощь, финансируемую по подушевому нормативу и за единицу объема, в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования в соответствии с форматом электронного обмена.

Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации в рамках базовой программы ОМС, приведены в Приложении 28.

3.5 Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой по подушевому финансированию на прикрепившихся к медицинской организации лиц включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи)

Общий объем подушевого финансирования на месяц конкретной медицинской организации осуществляется на основе среднемесячного общего базового подушевого норматива финансирования (ПН баз) медицинской помощи по перечню специалистов и медицинских услуг, включенных в подушевой норматив, с учетом численности и половозрастной структуры прикрепившихся к медицинской организации застрахованных лиц, уровня (подуровня), к которому относится медицинская организация при оказании поликлинической, стационарной и стационарозамещающей помощи, наличия у нее 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 (Приложение 39 и Приложение 41).

При расчете дифференцированного подушевого норматива финансирования по амбулаторно-поликлинической помощи $ДПнi$ апп коэффициент уровня (подуровня) оказания помощи для конкретной медицинской организации $КУмоi$ апп устанавливается в соответствии с п.6.3 Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения и с учетом количества профилей оказания амбулаторно-поликлинической помощи, влияющего на размер расходов на содержание соответствующих структурных подразделений медицинских организаций.

Применяемые при необходимости в расчете дифференцированного подушевого норматива финансирования по стационарной ($ДПнi$ кс) и стационарозамещающей помощи ($ДПнi$ дс) коэффициенты уровня (подуровня) оказания помощи для конкретной медицинской организации $КУмоi$ кс и $КУмоi$ дс устанавливаются с учетом профильности и размеров действующих на ее базе стационара и дневного стационара, влияющих на

разницу в уровне расходов на содержание соответствующих структурных подразделений в расчете на одного прикрепленного между медицинскими организациями данной группы.

Половозрастные коэффициенты дифференциации расходов по условиям оказания помощи КДпв_{апп}, КДпв_{кс} и КДпв_{дс} для конкретной медицинской организации рассчитываются с использованием относительных коэффициентов половозрастных затрат для каждой половозрастной группы прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц и их численности в этой группе. Половозрастные коэффициенты дифференциации КДпв учитывают различия в уровне расходов на оказание медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры населения. Величина половозрастных коэффициентов дифференциации определяется на основании данных о затратах на оплату соответственно амбулаторно-поликлинической, стационарной помощи и помощи в дневном стационаре для каждой половозрастной группы (в пределах общего размера средств в рамках подушевого финансирования), оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, но не реже одного раза в год, и о численности застрахованных лиц за данный период. При этом для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше устанавливается значение половозрастного коэффициента КДпв_{и апп} в размере не менее 1,6 (в случае, если расчетное значение коэффициента потребления медицинской помощи по группам мужчин и женщин 65 лет и старше составляет менее 1,6, значение коэффициента принимается равным 1,6).

Половозрастные коэффициенты дифференциации КДпв оказания помощи в амбулаторно-поликлинических, стационарных и условиях дневного стационара для отдельных групп медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу на прикрепившихся к медицинской организации лиц по всем видам и условиям оказания помощи в связи с особенностями реализации базовой программы ОМС в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией, представлены в Приложении 41.

Коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание КДот_і, устанавливается для медицинских организаций и их подразделений (с учетом отдаленности территории обслуживания, для подразделений - с учетом доли обслуживаемого ими населения и удаленности их от места расположения центральных поликлиник медицинских организаций):

- с численностью обслуживаемого населения до 20 тыс. человек - на уровне от 1,113 до 1,17;
- с численностью обслуживаемого населения от 20 до 50 тыс. человек - на уровне 1,04.

Значения коэффициента 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 КДот_i для отдельных медицинских организаций представлены в Приложении 41.

При расчете фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинских организаций (ФДПн_i), включающего подушевое финансирование по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, используются поправочные коэффициенты ПК.

При определении ежемесячного объема подушевого финансирования медицинской организации по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), страховым медицинским организациям необходимо учитывать изменение численности прикрепившихся застрахованных лиц и тарифы, установленные на основе фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования.

Размеры дифференцированных и фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования по всем видам и условиям медицинской помощи, входящим в подушевой норматив, поправочные коэффициенты (ПК) по группам медицинских организаций приведены в Приложении 39 и Приложении 40.

Раздел 4. Размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

Перечень обязательств медицинской организации и последствия их неисполнения, влекущие возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества приведены в Приложении 42.

Страховая медицинская организация (далее – СМО) осуществляет оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам Ярославской области, по счетам принятым к оплате по результатам медико-экономического контроля.

При выявлении нарушений договорных обязательств в отношении объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, СМО применяет к медицинским организациям меры, предусмотренные статьей 41 Закона № 326-ФЗ, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате

медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) в соответствии с Порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2021 года № 231н.

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

$$Н = РТ \times К_{но}, \text{ где:}$$

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

РТ – размер тарифа на оплату медицинской помощи, 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.

В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены, страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($C_{шт}$), рассчитывается по формуле:

$$C_{шт} = РП \times К_{шт}, \text{ где:}$$

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

РП – 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 оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, или подушевой норматив финансирования;

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

Значения 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 приведены в Приложении 42.

Размеры подушевых нормативов финансирования (РП), используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе видов оказания медицинской помощи:

Виды оказания медицинской помощи	Размер подушевого норматива (РП), руб.
Амбулаторно-поликлиническая помощь	5 266,32
Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь	5 843,15
Медицинская помощь в условиях дневного стационара	1 555,36
Скорая медицинская помощь вне медицинской организации	818,49

Для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, применяемого к медицинским организациям, финансирование которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, используется значение вышеуказанных подушевых нормативов финансирования в зависимости от условий, в которых фактически была оказана медицинская помощь, подлежащая наложению штрафа, независимо от применяемого способа оплаты.

Раздел 5. Заключительные положения

Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2022 г. и действует до 31.12.2022 г. Все приложения к настоящему Соглашению являются его неотъемлемой частью.

Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению всех Сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме,

путем заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

С целью поддержания системы ОМС в состоянии финансового равновесия финансовый план МО корректируется в следующих случаях:

- при изменении доходной части бюджета Фонда, направляемой на финансирование территориальной программы ОМС;
- при внесении изменений в утвержденные объемы медицинской помощи;
- при изменении тарифов.

Подписи Сторон:

Департамент здравоохранения и фармации
Ярославской области

О.А. Пиклун

Т.Р. Волкова.

Территориальный фонд обязательного
медицинского страхования Ярославской
области

Д.В. Смылова

Н.В. Олендарь

Страховые медицинские
организации

И.С. Желткевич

А.В. Щеголев

Ярославская региональная общественная
организация «Ассоциация медицинских
работников»

С.Ю. Белокуров

И.И. Комарова

Ярославская областная организация
профессионального союза работников
здравоохранения РФ

Л.В. Транова

О.В. Романов