

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
на оплату медицинской помощи, оказываемой
по Территориальной программе обязательного медицинского страхования
на территории Ярославской области, на 2021 год

г. Ярославль

29.12.2020

Раздел 1. Общие положения

1.1 Представители Сторон

Департамент здравоохранения и фармации Ярославской области в лице директора Саитгареева Р.Р., заместителя директора Аверкина О.О.,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ярославской области в лице директора Смысловой Д.В., советника директора Баташовой Л.В.,

страховые медицинские организации в лице директора филиала ООО «Капитал МС» в Ярославской области Желткевича И.С., директора Ярославского филиала АО «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»,

– постановлением Правительства РФ от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»,

– 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 ФФОМС от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»,

–письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.12.2020 № 11-7/И/2-20700 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»,

–постановлением Правительства Ярославской области от 30.12.2020 № 1055-п «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Ярославской области медицинской помощи на 2021 год»,

–совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 30.12.2020 № 11-7/И/2-2062 и 00-10-26-2-04/11-51 «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» 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 2021 год (далее – Соглашение).

1.3 Предмет Тарифного соглашения

Предметом настоящего 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:

- 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

1.4.1 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 при заболеваниях и состояниях отнесенных к базовой программе ОМС законодательством Российской Федерации, в том числе

высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

1.4.2 Медицинская организация – юридическое лицо независимо от организационно-правой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность, на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации (далее – МО), включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

1.4.3 Уровень оказания медицинской помощи – совокупность медицинских организаций, объединенных по уровням оказания и оплаты медицинской помощи.

Уровень медицинской организации зависит от степени оснащенности, кадрового потенциала и технологической организации работы медицинской организации и соответствующий объему диагностических и лечебных мероприятий.

1.4.4 Способ оплаты медицинской помощи – установленный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования и территориальной программой обязательного медицинского страхования 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).

1.4.5 Установленный объём медицинской помощи – годовой объём медицинской помощи по условиям её оказания, выраженный в единицах объёма (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, с разбивкой по кварталам.

1.4.6 Вызов скорой помощи – система круглосуточно выполняемых вне медицинских организаций квалифицированных медицинских (диагностических и лечебных) мероприятий, направленных на устранение состояний, представляющих угрозу жизни и здоровью людей, а также, при необходимости, обеспечение максимально возможных условий для безопасной и быстрой эвакуации заболевшего или пострадавшего в медицинскую организацию, где ему будет обеспечена квалифицированная специализированная медицинская помощь.

1.4.7 Посещение с профилактической и иными целями – контакт пациента с врачом (средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный приём) с целью

получения превентивных или иных профилактических мероприятий, в том числе: диспансеризация определённых групп населения, посещения Центров здоровья, профилактические медицинские осмотры в соответствии с порядками, утверждёнными 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.

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

1.4.9 Обращение по заболеванию – 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, при оказании стоматологической помощи 9,4 УЕТ.

1.4.10 Случай госпитализации – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объёма медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

1.4.11 Медицинская услуга – медицинское мероприятие или вмешательство (исследование), направленное на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию, имеющее самостоятельное законченное значение и определённую стоимость.

1.4.12 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.

Учёт посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» утверждённой приказом департамента здравоохранения и фармации Ярославской области (далее – Департамент) от 25.12.2013 № 3216 «Об утверждении учётной статистической формы № 025-1/у «Талон амбулаторного пациента».

1.4.13 Прикрепленное население – застрахованные лица, зарегистрированные по месту жительства в муниципальном образовании, обслуживаемые в МО по месту жительства или работы, сформированных в МО в соответствии с действующим законодательством, нормативными правовыми актами, регламентирующими порядок прикрепления граждан к МО и утвержденных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

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

1.4.14.1 Подушевое финансирование 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, 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 – способ оплаты амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, при котором объем финансирования медицинских организаций зависит от численности прикрепленных к МО застрахованных лиц на территории субъекта, размера дифференцированного подушевого норматива финансирования с учётом средств направляемых на выплаты медицинской организации в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

1.4.14.2 Подушевое финансирование на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с

учётом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объёма медицинской помощи - способ оплаты медицинской помощи, при котором объём финансирования медицинских организаций зависит от численности прикрепленных к МО застрахованных лиц на территории субъекта, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), размера дифференцированного подушевого норматива финансирования с учётом средств, направляемых на выплаты медицинской организации в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности (включая фактическое выполнение объёма медицинской помощи по видам и условиям оказания). 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, а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

1.4.15 Дифференцированный подушевой норматив финансирования – ежемесячный объём финансирования медицинской организации в расчёте на одно прикреплённое (обслуживаемое) лицо.

1.4.16 Единица объёма медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) - 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.

1.4.17 Единица объёма медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии).

1.4.18 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).

1.4.19 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 объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учётом других параметров, предусмотренных методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования (средняя стоимость законченного случая лечения);

Коэффициент относительной затратноёмкости – устанавливаемый методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний к среднему объёму финансового обеспечения медицинской помощи в расчёте на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

Поправочные коэффициенты:

Коэффициент специфики - коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учёта региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе;

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи – коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи – коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами;

Коэффициент сложности лечения пациентов - коэффициент, устанавливаемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

1.4.20 Оплата медицинской помощи за услугу – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования.

1.4.21 Прерванный случай лечения – это случай, при переводе пациента в другую медицинскую организацию, выписка за нарушение режима, самовольно прерванное лечение, преждевременная выписка пациента при его письменном отказе (или отказе его законного представителя) от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований и длительность госпитализации составляет менее 3-х дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

1.4.22 Высокотехнологичная медицинская помощь – является частью специализированной медицинской помощи, включающей в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

1.4.23 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.

1.4.24 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.

1.5. Иные аспекты оплаты медицинской помощи

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

1.5.2 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.

1.5.3 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.

1.5.4 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 СМО во время лечения, осуществляется той страховой медицинской организацией, в которой гражданин застрахован на момент окончания лечения.

1.5.5 Оплата счетов медицинских организаций со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения осуществляется СМО, в которой застрахованы матери или другие законные представители новорожденного.

По истечению тридцати дней со дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объёме медицинское страхование осуществляется СМО, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.

1.5.6 Возраст пациента определяется на дату оказания услуги при оказании амбулаторной помощи и на момент начала лечения при оказании медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара всех типов и амбулаторных услуг по законченному случаю лечения.

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

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

Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, производится в соответствии со способами оплаты, установленными постановлением Правительства РФ от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» и постановлением Правительства Ярославской области от 30.12.2020 № 1055-п «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Ярославской области медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов».

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:

- на основе подушевого норматива 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, 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 (за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которой выдан полис ОМС, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);
- за единицу объема медицинской помощи за медицинскую услугу при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного)

материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии.

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 – 2,331 посещения на 1 застрахованное лицо;
- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями – 1,395 обращения на 1 застрахованное лицо;
- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме – 0,222 посещения на 1 застрахованное лицо.

За единицу объема медицинской помощи принимаются:

- обращение по заболеванию;
- посещение, оказываемое в неотложной форме;
- посещение с профилактическими и иными целями, в том числе при проведении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- медицинская услуга (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии);
- тестирование на наличие новой коронавирусной инфекции COVID-19.

2.1.1 Оплата медицинской помощи 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, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учётом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объёма медицинской помощи), в

том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях за единицу объема медицинской помощи

Подушевой норматив финансирования включает расходы МО на часть объема собственной деятельности, определяется на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учётом 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:

$$\Phi O_{\text{CP}}^{\text{АМБ}} = \frac{(\text{No}_{\text{ПРОФ}} \times \text{Нфз}_{\text{ПРОФ}} + \text{No}_{\text{ОЗ}} \times \text{Нфз}_{\text{ОЗ}} + \text{No}_{\text{НЕОТЛ}} \times \text{Нфз}_{\text{НЕОТЛ}}) \times \text{Чз} - \text{ОС}_{\text{МТР}}}{\text{Чз}}, \text{ где:}$$

$\Phi O_{\text{CP}}^{\text{АМБ}}$	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;
$\text{No}_{\text{ПРОФ}}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;
$\text{No}_{\text{ОЗ}}$	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;
$\text{No}_{\text{НЕОТЛ}}$	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.

При оплате медицинской помощи 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, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, на тестирование на наличие новой коронавирусной инфекции COVID-19), 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 в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, 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:

$$ДП_{Н}^i = ФО_{СР}^{АМБ} \times Пр_{АМБ} \times КС_{МО}^i \times КУ_{МО}^i \times КД_{ОТ}^i \times КД^i, \text{ где:}$$

$ДП_{Н}^i$ 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), 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;

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

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.

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:

$$\text{ПК} = \frac{\text{ФО}_{\text{СР}}^{\text{АМБ}} \times \text{Пр}_{\text{АМБ}} \times \text{Ч}_3}{\sum_i (\text{ДПН}^i \times \text{Ч}_3^i)}, \text{ где}$$

- 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 ($Дрд = 0,05$).

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:

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

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

$Б_{факт}$ – фактическое количество набранных медицинской организацией баллов (если $Б_{факт} < 0$, то при расчёте 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 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 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 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, 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, указан в Приложении 1.

Для оценки показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых 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, 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, применяется «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки» (Приложение 2).

В рамках подушевого норматива финансирования, в пределах объемов, установленных решением Комиссии, оплачивается медицинская помощь, оказанная в плановой форме по обращению по заболеванию, 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, профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, порядки, 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, включая медицинскую помощь, оказанную в травмопунктах;

- медицинская помощь, оказанная в учреждениях образования;

- при обращении по заболеванию при лазерном лечении болезней глаз;

- при обращении по заболеванию при диагностике онкологической патологии;

- при обращении по заболеванию при проведении ПЭТ/КТ;

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

- по диализу/перитонеальному диализу, оказанному в амбулаторно-поликлинических условиях;

- медицинские услуги (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии);

- тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

Подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической 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 размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско - акушерских пунктов.

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 учётом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объёма 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 (11 баллов), 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.

Оплата медицинских услуг при проведении межучрежденческих расчётов за лабораторные исследования и позитронно-эмиссионную томографию, совмещенную с рентгеновской компьютерной томографией (далее – ПЭТ/КТ) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в соответствии с Порядком оплаты медицинских услуг при проведении межучрежденческих расчетов (утвержденным приказом Территориального фонда обязательного медицинского страхования) и тарифами на оплату лабораторных исследований и отдельных (диагностических) исследований утвержденных в Приложении 7.

2.1.2. Оплата первичной медико–санитарной помощи за единицу объема медицинской помощи

За единицу объёма медицинской помощи в пределах объемов, установленных решением Комиссии, по тарифам в соответствии с Приложениями 3, 4, 5, 6, 10 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;
- медицинские услуги (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии);
- тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

А так же медицинская помощь, оказанная на территории Ярославской области лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации.

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 Оплата первичной медико–санитарной помощи за единицу объема медицинской помощи (отдельные диагностические (лабораторные) исследования, в том числе на тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19))

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)) 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 государственных гарантий.

Порядок направления и документооборота при оплате исследований устанавливается совместным приказом департамента здравоохранения и фармации 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 протвоопухолевой 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».

2.2 Оплата видов медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

2.2.1. В рамках проведения по диспансеризации определённых групп взрослого населения и профилактического медицинского осмотра

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется за единицу объёма медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объёмом медицинских исследований, установленным приказами Министерством здравоохранения Российской Федерации:

- от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определённых 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 усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью».

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются завершёнными (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 объёма 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 департамента, 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 углублённое 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, утверждённому приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н.

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 МО 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».

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

При оказании неотложной стоматологической помощи медицинская помощь оплачивается по посещениям с учётом 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.

Медицинским организациям, не имеющим прикрепленное население по тарифам, утверждённым 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 расчётов, установлены в Приложении 5.

Проезд пациентов до места оказания медицинской услуги не включён 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, утверждённым в соответствующем Приложении Тарифного соглашения.

Для учёта 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 трудоёмкости (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:

$$\Phi T = \sum_n^1 T_{\text{соотв}} * Q_n, \text{ где:}$$

ФТ – фактический тариф;

Тсоот – тариф на 1 услугу;

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

Полученное произведение записывается до 2-х знаков после запятой без округления. Затем производится суммирование полученных стоимостей услуг.

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 отчётном 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, утверждённым в соответствующем Приложении Тарифного соглашения.

Одна тема оплачивается 1 раз в текущем году для данной МО, 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 департамента по соответствующему профилю и предоставляется в Фонд.

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 завершённой в день получения заключения медицинской организацией, запросившей консультацию.

Законченный случай консультативного приёма 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, с указанием профиля, по которому может проводиться в данной медицинской организации консультации с использованием телемедицинских технологий, представлен в Приложении 11.

Если оплата оказанной медицинской помощи осуществляется на основании подушевого финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объёма медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных

медицинских организациях (за единицу объёма медицинской помощи), то телемедицинские консультации включены в подушевой норматив финансирования, вне зависимости от режима его проведения, и отдельно не оплачиваются.

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 расчётов 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 департамента здравоохранения и фармации 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, содержится в Приложении 12.

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), при проведении межучрежденческих расчётов за «Обращение по заболеванию с проведением ПЭТ/КТ» при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в соответствии с Порядком оплаты медицинских услуг при проведении межучрежденческих расчетов (утверждается совместным приказом департамента здравоохранения и фармации и Территориального фонда обязательного медицинского страхования).

Тарифы на оплату услуги ПЭТ/КТ установлены Приложением 7.

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.

Порядок направления и документооборота на исследования и услуги устанавливается совместным приказом департамента здравоохранения и фармации и Территориального фонда обязательного медицинского страхования.

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.

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 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» (далее - Программа) установлены следующие способы оплаты:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико–статистические группы заболеваний);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

Оплата медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, 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 обязательного медицинского страхования, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

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

- 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 обязательного медицинского страхования;

– услуг диализа/перитонеального диализа, включающих различные методы.

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

1. Кода диагноза - в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем» с учетом внесенных в него изменений письмом Министерства здравоохранения от 05.12.2014 № 132/1664 (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 её исполнения (иной классификационный критерий);

3. Схемы лекарственного лечения;

4. МНН лекарственного препарата;

5. Возрастной категории пациента;

6. Сопутствующего диагноза 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;

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

9. Количества дней проведения лучевой терапии (фракций);

10. Пола;

11. Длительности лечения;

12. Показаний к применению лекарственного препарата;

13. Объема послеоперационных грыж брюшной стенки;

14. Степени тяжести заболевания.

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 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, но затратно́мкость группы, к которой данный случай был отнесен на основании кода по Номенклатуре, меньше затратоемкости 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).

При выполнении операции кесарево сечение (А16.20.005 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.

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

2.3.1. Оплата прерванных случаев лечения

В случае если длительность лечения составила 3 дня и менее и пациенту была выполнена хирургическая операция и/или проведена тромболитическая терапия, (перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию приведен в Приложение 16), являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение и/или тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере 30% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ-Х).

В случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а так же при проведении диагностических исследований) составила более 3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция и/или проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 85%

от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение и/или тромболитическая терапия не проводилось, случай оплачивается в размере 50% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ-Х).

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.

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

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 размере 50% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

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

Проведение лучевой терапии, предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случая лечения осуществляется путём отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведённого 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.

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.

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;
- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара¹;
- проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания.

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

Оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: КСГ st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и КСГ st02.003 «Родоразрешение», а также КСГ st02.001

¹ Например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2)

«Осложнения, связанные с беременностью» и КСГ st02.004 «Кесарево сечение» возможна при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

При этом оплата по двум КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ–Х:

O14.1 Тяжелая преэклампсия;

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

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

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

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

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.

2.3.5. 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.

Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи.

Оплата специализированной высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется за законченный случай лечения заболевания по утвержденным постановлением Правительства РФ от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» 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.

Высокотехнологичная медицинская помощь оплачивается с применением коэффициента дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи – Приложение 20.

Отнесения случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-Х, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи принятых постановлением Правительства РФ от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов».

В случае если хотя бы один из вышеперечисленных параметров не соответствует Перечню, установленному в постановлении Правительства РФ от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов», то данный случай лечения оплачивается в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, исходя из выполненной хирургической операции и /или другой применяемой медицинской технологии.

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 21.

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 соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» осуществляется:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико–статистические группы заболеваний);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, услуг диализа/перитонеального диализа, включающих различные методы.

Оплата медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, 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, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, для которых Программой установлена средняя стоимость оказания медицинской помощи, в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

– 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 обязательного медицинского страхования;

– услуг диализа/перитонеального диализа, включающих различные методы..

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

1. Кода диагноза - в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем» с учетом внесенных в него изменений письмом Министерства здравоохранения от 05.12.2014 № 13 2/1664 (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 её исполнения (иной классификационный критерий);

3. Схемы лекарственного лечения;

4. МНН лекарственного препарата;

5. Возрастной категории пациента;

6. Сопутствующего диагноза 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. Этапа проведения экстракорпорального оплодотворения;

11. Показания к применению лекарственного препарата;

12. Степени тяжести заболевания.

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

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, но затратно́мкость 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 объёме, 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 случае если длительность лечения составила 3 дня и менее и пациенту была выполнена хирургическая операция и/или проведена тромболитическая терапия, (перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию приведен в Приложение 22), являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение и/или тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере 30% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ-Х).

В случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а так же при проведении диагностических исследований) составила более 3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция и/или проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 85% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение и/или проведена тромболитическая терапия не проводилось, случай оплачивается в размере 50% от стоимости, определенной тарифным соглашением

для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ-Х).

Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объёме при длительности госпитализации 3 дня и менее, в условиях дневного стационара представлен в Приложении 23.

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 размере 50% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

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 путём отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведённого количества дней облучения (фракций).

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

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

Учитывая особенности оказания, а также пожизненный характер проводимого лечения и, соответственно, оплаты медицинской помощи при проведении процедур диализа/перитонеального диализа, включающего различные методы, для оплаты указанных процедур, оказываемых в стационарных условиях, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу. 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.

Стоимость услуги, с учётом количества фактически выполненных услуг, прибавляется в рамках одного случая лечения. Базовые ставки, коэффициент относительной затратноёмкости и тарифы на услуги «Гемодиализа» и «Перитонеального диализа» представлены в Приложении 24. 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.

В целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в условиях стационара/дневного стационара необходимо к законченному случаю относить лечение 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.).

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

Все виды диагностических и лабораторных услуг, ПЭТ/КТ, телемедицинские консультации, выполненные на госпитальном этапе (в период госпитализации пациента), входят в стоимость клинико-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».

Для КСГ №№ st37.001-st37.013, st37.021-st37.023, ds37.001-ds37.008, ds37.015-ds37.016 критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШМР) – Приложение 25.

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.

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 расчёте 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 по хирургической онкологии производится при комбинации диагнозов C00-C80, C97 и D00-D09 и услуг, обозначающих выполнение оперативного вмешательства (перечень КСГ по хирургической онкологии приведён в Приложении 26).

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.

Оплата случаев оказания медицинской помощи по лучевой терапии осуществляется при наличии комбинации кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций).

Отнесение случаев к группам st19.103-st19.104 и ds19.079, охватывающим случаи лечения лучевых повреждений, производится на основе сочетания кода МКБ - X, соответствующего лучевым повреждениям, дополнительного кода С., а также классификационного критерия и кодов Номенклатуры.

Оплата случаев лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией производится по коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой с учетом количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций), а также кода МНН лекарственных препаратов, предусмотренных соответствующей КСГ.

Оплата случаев лекарственного лечения злокачественных новообразований у взрослых (кроме ЗНО кроветворной и лимфоидной ткани) st19.062-st19.074 и ds19.037-ds19.049, осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (C00-C80, C97, D00-D09) и кода схемы лекарственной терапии (sh0001 – sh9002).

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 случай лечения принимается госпитализация для осуществления одному больному определённого 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 госпитализации².

Если выполненная схема лекарственной терапии злокачественного новообразования, не включена в качестве классификационного критерия ни в одну из представленных Расшифровщиком схем или выполнена лекарственными препаратами, не включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, то оплата производится по коду sh9001 или sh9002 (в зависимости от диагноза).

В случаях применения схем лечения sh 9001 и sh9002 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 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 - X (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

² Пример подбора схемы лечения, в зависимости от количества дней введения, приведён на стр. 186 Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утверждённых 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.

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 10 (С. и D70 Агранулоцитоз). Учитывая, что кодирование фебрильной нейтропии, 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 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 A11.12.001.002 «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.

Если диагноз относится к классу С., а больному, при госпитализации, не оказывалось услуг по химиотерапии, лучевой терапии или не была выполнена хирургическая операция, то оплате подлежит случай лечения по КСГ st36.012 и ds36.006 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения».

Данная группа может применяться в случае необходимости проведения поддерживающей терапии и симптоматического лечения.

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

КСГ st27.014 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования» предназначена в основном для оплаты 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 случая лечения по КСГ ds19.029 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ» осуществляется при наличии комбинации по коду МКБ - X (C., D00-D09) и кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой.

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.

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.

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 A16.26.046.001 «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 A16.26.046.002 «Эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» и A16.26.047 «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 A16.26.046 «Кератэктомия».

Оплата услуги A16.26.093 «Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация» осуществляется только при наличии

противопоказаний к имплантации интраокулярной линзы, отраженных в первичной медицинской документации.

Выявление данных случаев необходимо осуществлять при проведении медико-экономической экспертизы и, при необходимости – 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».

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

В рамках проведения процедуры ЭКО в соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий выделяются следующие этапы:

- стимуляция суперовуляции;
- получение яйцеклетки;
- экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;
- внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

Дополнительно в процессе проведения процедуры ЭКО возможно осуществление криоконсервации, полученных на III этапе эмбрионов.

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 подгруппы КСГ производится по результату медицинской услуги. Оплате подлежат подгруппы КСГ с обязательным условием выполнения основной медицинской услуги и указанием дополнительных услуг.

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

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

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 – X (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 27.

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

Оплата случаев лечения с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (st36.003 и ds36.004) производится при комбинации кода МКБ -X и кода Номенклатуры, обозначающего услугу по назначению лекарственных препаратов и при необходимости возраст пациента (в случае если иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции является основным поводом для госпитализации) или по комбинации кода МКБ -X и иного классификационного критерия «rpt», отражающего назначение других генно-инженерных препаратов и селективных иммунодепрессантов, включенных в перечень ЖНВЛП и имеющих соответствующие показания согласно инструкции по применению лекарственных препаратов в соответствии с клиническими рекомендациями.

Название услуги включает наименование группы лекарственного препарата согласно АТХ-классификации и диагноз. Медицинская организация при назначении конкретного лекарственного препарата определяет его принадлежность к АТХ-группе и выбирает соответствующую услугу для кодирования.

При этом количество случаев госпитализации одного пациента по КСГ st36.003 и ds36.004 определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по соответствующей нозологии.

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

Данная КСГ подлежит оплате если лечение проводится на геронтологической профильной койке и с учётом 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 -X) или одного диагноза множественной травмы и травмы в нескольких областях тела + как минимум один из нижеследующих диагнозов осложнения: J94.2, J94.8, J94.9, J93, J93.0, J93.1, J93.8, J93.9, J96.0, N17, T79.4, R57.1, R57.8.³

2.5.12. Оплата случаев лечения сепсиса

Оплата случаев лечения сепсиса (st12.005, st12.006, st12.007) осуществляется по сочетанию кода диагноза МКБ -X 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 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.

³ Распределение кодов МКБ-X, которые участвуют в формировании КСГ st29.007 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)» приведён на стр. 196 Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утверждённых 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

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 ожога⁴.

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.

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 (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.

В случаях 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 «nif» 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 затратоемкости для указанных КСГ приведен в расчете на усредненные затраты на 1 месяц терапии. При этом длительность терапии

⁴ Распределение кодов МКБ-Х, которые участвуют в формировании КСГ по профилю «Комбустиология» приведён на стр. 197 Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утверждённых 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

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» только по коду диагноза по МКБ –Х (st15.005) или по сочетанию кода диагноза и иного классификационного критерия с учетом объема проведенных лечебно-диагностических мероприятий (st15.018, st15.019 и st15.020).⁵

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» и иного классификационного критерия.

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 клинико-статистических групп, объединяющих случаи лечения болезней системы кровообращения

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 затратноое 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

⁵ Детальное описание группировки приведено на стр. 181 Методических рекомендаций 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

применением тромболитической терапии (уровень 1-3) осуществляется на основании классификационных критериев «flt1»-«flt5», соответствующих МНН применяемых лекарственных препаратов⁶.

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.

Правила оплаты госпитализаций в случае перевода на долечивание:

– в пределах одной медицинской организации – оплата в рамках одного случая оказания медицинской помощи (по КСГ с наибольшей стоимостью законченного случая лечения заболевания);

– в другую медицинскую организацию – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата законченного случая лечения после перевода осуществляется по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)». Оплата прерванных случаев после перевода осуществляется по правилам оплаты прерванных случаев.

– в амбулаторных условиях – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в общем порядке.

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

⁶ Детальное описание группировки приведено на стр. 184 Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утверждённых 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

программы обязательного медицинского страхования осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

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 28.

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 объёма) в пределах объемов, установленных решением Комиссии, выставляется к оплате по тарифам в соответствии с Приложением 29 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.

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 медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи, с учётом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объёма медицинской помощи)

Подушевой норматив финансирования включает расходы МО 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 учётом 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.

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:

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

$ДП_{ni} общ$ — дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания (за исключением скорой медицинской помощи) i -той медицинской организации, рублей.

$$ДП_{ni} апп = ПН_{баз} апп \times КУ_{моi} апп \times КД_{пви} апп \times КДот_i \times КС_{моi} апп, где$$

- | | | |
|----------------|---|--|
| $ДП_{ni} апп$ | — | дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической помощи i -той медицинской организации, рублей; |
| $ПН_{баз} апп$ | — | базовый (средний) подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, рублей; |
| $КУ_{моi} апп$ | — | коэффициент уровня (подуровня) оказания амбулаторно-поликлинической помощи, к которому относится i -тая медицинская организация; |
| $КД_{пви} апп$ | — | половозрастной коэффициент дифференциации расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь, определенный для i -той медицинской организации; |
| $КС_{моi} апп$ | — | коэффициент специфики оказания амбулаторно-поликлинической помощи i -той медицинской организацией; |
| $КДот_i$ | — | 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 -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.

$$ДПнi кс = ПНбаз кс \times КДпвi кс \times КУмоi кс \times КСмоi кс, \text{ где}$$

ДПнi кс	—	дифференцированный подушевой норматив финансирования стационарной помощи i -той медицинской организации, рублей;
ПНбаз кс	—	базовый (средний) подушевой норматив финансирования стационарной помощи, рублей;
КДпвi кс	—	половозрастной коэффициент дифференциации расходов на оказание стационарной помощи, определенный для i -той медицинской организации;
КСмоi кс	—	коэффициент специфики оказания стационарной помощи i-той медицинской организацией;
КУмоi кс	—	коэффициент уровня (подуровня) оказания стационарной помощи, к которому относится i -тая медицинская организация (при необходимости).

$$ДПнi дс = ПНбаз дс \times КДпвi дс \times КУмоi дс \times КСмоi дс, \text{ где}$$

ДПнi дс	—	дифференцированный подушевой норматив финансирования помощи в дневном стационаре i -той медицинской организации, рублей;
ПНбаз дс	—	базовый (средний) подушевой норматив финансирования помощи в дневном стационаре, рублей;
КДпвi дс	—	половозрастной коэффициент дифференциации расходов на оказание помощи в дневном стационаре, определенный для i -той медицинской организации.
КСмоi дс	—	коэффициент специфики оказания помощи в дневном стационаре i-той медицинской организацией;
КУмоi 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:

$$ПК = \frac{\sum(ДПнi общ \times Чзi)}{(ПНбаз апп + ПНбаз кс + ПНбаз дс) \times Чз}, \text{ где}$$

Чзi	—	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:

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

$\Phi ДПн^i$ — 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:

$$ОС_{ПН} = \Phi ДПн^i \times Чз^i \times (1 - Дрд) + ОС_{РД^i}, \text{ где}$$

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

$\Phi ДПн^i$ — 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 30). 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 расчёте 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 ($ОС_{рDi}$), рассчитывается по формуле:

$$ОС_{рDi} = ФДП_{ni} \times Чзi \times Дрд \times Ур$$

Ежемесячно ТФОМС ЯО после получения сведений из указанных в Приложении 30 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 объёме).

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 учётом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объёма медицинской помощи), указан в Приложении 31.

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, профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, порядка, проведения которых установлены нормативно-правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации в пределах плановых объемов, утвержденных департаментом;

– в Центрах здоровья (комплексный медицинский осмотр);

– медицинская помощь, оказанная в учреждениях образования;

– при обращении по заболеванию при лазерном лечении болезней глаз;

– при обращении по заболеванию при диагностике онкологической патологии;

– при обращении по заболеванию при проведении ПЭТ/КТ;

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 объёма) в пределах объемов, установленных решением Комиссии, выставляется к оплате по тарифам в соответствии с Приложениями 5, 6, 19,37 медицинская помощь, оказанная:

– высокотехнологичная медицинская помощь;

– медицинская помощь, по диализу/перитонеальному диализу, оказанная в амбулаторно-поликлинических условиях;

– 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);

– 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 учётом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объёма 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 (11 баллов), 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 размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско - акушерских пунктов.

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 32.

Количество, типы, месячные и годовые размеры финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов медицинских организаций с учетом соблюдения требований приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012 г. №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» представлены в Приложении 33.

При определении объема финансовых средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов конкретной медицинской организации, территориальный фонд учитывает по каждой страховой медицинской организации доли застрахованных лиц, прикрепленных к данной медицинской организации в общей численности застрахованного прикрепленного к ней населения. Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

Особенности оплаты первичной медико-санитарной помощи за единицу объема медицинской помощи (отдельные диагностические (лабораторные) исследования, в том числе на тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)) описаны в п.2.1.3 настоящего Тарифного соглашения.

Особенности оплаты межучрежденческих расчетов за лабораторные исследования и ПЭТ/КТ предусмотрены п.2.2.8.1 и 2.2.8.2 настоящего Тарифного соглашения.

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 от 30.12.2020 № 11-7/И/2-2062 и № 00-10-26-2-04/11-51 «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 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»;
- письмом Минздрава России от 31.12.2020 № 11-7/И/2-20700 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов».

Тариф на оплату медицинской помощи включает в себя:

1) 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) дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи, определенные Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации в соответствии с частью 8 статьи 35 Федерального закона;

3) 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», утверждённых 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 объёмах, 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) первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

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

3-й уровень - медицинские организации оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

В соответствии с письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.12.2020 № 11-7/И/2-20700 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» 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 16.04.2012 № 291 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 департамента здравоохранения и фармации Ярославской области) относятся к подуровню 3.2;
- медицинские организации, не оказывающие медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий (в соответствии с приказами департамента здравоохранения и фармации Ярославской области) относятся к подуровню 3.1;
- медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, диспансер, 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

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 для всей территории Ярославской области.

3.1 Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

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 составляет 4 664,73 руб.

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

Общий размер подушевого финансирования амбулаторно-поликлинической помощи в месяц для конкретной медицинской организации определяется на основе среднемесячного базового подушевого норматива финансирования ($ПН_{БАЗ} = 146,99$ руб.) 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, 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.

Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи для конкретной медицинской организации КУ_{моi} 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 34.

Половозрастной коэффициент дифференциации КД_{пвi} 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).

Половозрастные коэффициенты дифференциации расходов КДпв по группам

Половозрастная группа	М 0 – 1 год	Ж 0 – 1 год	М 1 – 4 года	Ж 1 – 4 года	М 5 – 17 лет	Ж 5 – 17 лет	М 18 – 64 года	Ж 18 – 64 года	М 65 и старше	Ж 65 и старше
Значение коэффициента	0	0	0	0	0	0	0,4995	1,6862	1,60	1,60

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 34.

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 5 427,56 руб.

Стоимость законченного случая лечения (СС_{КСГ}) по клинико-статистическим группам рассчитывается по формуле (за исключением случаев проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых):

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ПК \times КД, \text{ где}$$

БС – базовая ставка (размер средней стоимости законченного случая лечения), рублей;

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

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая;

КД – коэффициент дифференциации (=1).

ПК=КС_{КСГ} × КУС_{МО} × КСЛП, 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),

КУС_{МО} – коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент,

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента (Приложение 35).

Стоимость законченного случая лечения (СС_{КСГ}) при проведении лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых:

СС_{КСГ} = БС × КЗ_{КСГ} × ((1-Дзп)+Дзп × ПК × КД), где

БС – базовая ставка (размер средней стоимости законченного случая лечения), рублей;

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

Дзп - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (перечень КСГ с долей заработной платы и прочих расходов перечислены в Приложение 36);

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая;

КД – коэффициент дифференциации (=1).

ПК=КС_{КСГ} × КУС_{МО} × КСЛП, 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),

КУС_{МО} – коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент,

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента (Приложение 34).

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 **23 456,23 рубль** 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 для всей территории Ярославской области.

Перечень клинико–статистических групп с коэффициентами относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен конкретный случай госпитализации и управленческим коэффициентом, приведены в Приложении 37.

Коэффициенты относительной затратоемкости по КСГ соответствуют методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и ФОМС (совместное письмо от 30.12.2020 № 11-7/И/2-2062 и 00-10-26-2-04/11-51) разд. «Способы оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико–профильных групп (КПГ)» и взяты за основу при расчете стоимости одного случая госпитализации в стационарных условиях.

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 по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

Расчеты суммарного значения КСЛП (КСЛП_{сумм}) при наличии нескольких критериев выполняются по формуле:

$$\text{КСЛП}_{\text{сумм}} = \text{КСЛП}_1 + (\text{КСЛП}_2 - 1) + (\text{КСЛП}_n - 1)$$

При отсутствии в формуле первого КСЛП применяется КСЛП, следующий за ним по порядку.

КСЛП₂, КСЛП₃,... КСЛП_n – коэффициенты сложности лечения пациента в условиях круглосуточного стационара, применяемые в следующих случаях:

– сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет) (в том числе, включая консультацию врача-гериатра)⁷, возраст определяется на дату поступления в стационар = **1,05**;

– наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента

⁷ Кроме случаев госпитализации на геронтологические профильные койки

КСЛП₄=1,5. Перечень указанных заболеваний и состояний, значения коэффициента представлены в Приложении 38;

– проведение сочетанных хирургических вмешательств (перечень сочетанных операций, при которых применяется коэффициент, приведен в Приложении 39) – **КСЛП₅=1,3;**

– проведение однотипных операций на парных органах/частях тела при выполнении которых необходимы, в том числе дорогостоящие расходные материалы. (перечень хирургических вмешательств, при проведении которых одновременно на двух парных органах может быть применен КСЛП представлен в Приложении 40) – **КСЛП₆=1,3;**

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.

– необходимость предоставления спального места и питания законному представителю ребенка после достижения им возраста 4 лет при наличии медицинских показаний *при обязательном указании в элементе «manipulation» комплексной услуги А13.30.006.001 «Уход за больным ребенком». День поступления и день выписки из отделения родителя (законного представителя) считается одним днем —* **КСЛП₇=1,2;**

– сверхдлительные (свыше 70 дней) сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями - **КСЛП₉=1,5.**

Правила отнесения случаев к сверхдлительным не распространяются на КСГ, объединяющие случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (st19.075 - st19.089, ds19.050 – ds19.062), т.е. указанные случаи не могут считаться сверхдлительными и оплачиваться с применением КСЛП₉.

– необходимость предоставления спального места и питания законному представителю ребенка до 4 лет *при обязательном указании в элементе «manipulation» комплексной услуги А13.30.006.001 «Уход за больным ребенком». День поступления и день выписки из отделения родителя (законного представителя) считается одним днем —* **КСЛП₁₂=1,2;**

– проведение антибактериальной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами - **КСЛП₁₄=1,5.** Для применения данного КСЛП необходимо выполнение следующих условий:

– наличие инфекционного диагноза по МКБ -Х, вынесенного в клинический диагноз;

– наличие результатов микробиологического исследования с определением чувствительности выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам и/или детекции основных классов карбапенемаз (сериновые, металлобета락тамазы), подтверждающих обоснованность назначения схемы антибактериальной терапии (наличие результатов должно быть на момент завершения случая госпитализации, в том числе и прерванного, при этом допускается назначение антимикробной терапии до получения результатов микробиологического исследования);

– применение как минимум одного лекарственного препарата в парентеральной форме из перечня МНН в составе схем антибактериальной и/или антимикотической терапии в течение не менее чем 5 суток. Перечень МНН лекарственных средств, для проведения антибиотикотерапии, приведен в Приложении 41.

В случае необходимости применения лекарственных препаратов, не входящих в перечень ЖНВЛП, решение об их назначении принимается врачебной комиссией.

– проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции на фоне лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде - **КСЛП₁₅=1,2**. КСЛП применяется в случаях, если сроки проведения **первой иммунизации** против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции совпадают по времени с госпитализацией по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации.

В случае применения для расчета стоимости законченного случая лечения коэффициентов сложности лечения пациента (**КСЛП₃, КСЛП₄, ..., КСЛП₁₅**) 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 – проведение сочетанных хирургических вмешательств, 6 – проведение однотипных операций на парных органах, 7 – уход за ребенком после достижения им 4–х лет, при наличии медицинских показаний, 9 – сверхдлительные сроки госпитализации, 12 - уход за ребенком до достижения им 4–х лет, 14 - проведение антибактериальной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами, 15 - проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции на фоне лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде.

При заполнении атрибута «coeff» значениями 7 и/или 9 обязательно заполняется атрибут «act_coeff» элемента «coeff» с указанием: для КСЛП₇ – медицинские показания

для ухода за ребенком старше 4–х лет, для КСЛП₉ – причины сверхдлительного пребывания пациента в стационаре.

Применение КСЛП со значением (ями), равными 4,5,6,9,14, являются поводом для проведения медико-экономической экспертизы и, при необходимости – экспертизы качества медицинской помощи.

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8. При превышении значения 1,8 один из коэффициентов исключается. Значение КСЛП записывается до двух знаков после запятой без округления.

При расчете стоимости законченного случая лечения производится корректировка числа до 2–го знака после запятой без округления после каждого арифметического действия.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденные постановлением Правительства РФ от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов», приведены в Приложении 19.

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 1 293,30 руб.

Базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров всех типов, составляет **13 468,02** рубля.

Перечень клинико–статистических групп с коэффициентами относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен конкретный случай госпитализации и управленческий коэффициент приведены в Приложении 42.

Стоимость законченного случая лечения (СС_{КСГ}) по клинико-статистическим группам рассчитывается по формуле (за исключением случаев проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых):

$$СДС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ПК \times КД, \text{ где:}$$

БС – базовая ставка (размер средней стоимости законченного случая лечения);

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

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая;

КД – коэффициент дифференциации (=1).

$$ПК = КУ_{КСГ} \times КУ_{СМО} \times КСЛП, \text{ где:}$$

КС_{КСГ} – коэффициент специфики.

КУС_{МО} – коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент, равен 1 и является единым для всей территории Ярославской области;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента (Приложение 43).

Стоимость законченного случая лечения (СС_{КСГ}) при проведении лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых:

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

БС – базовая ставка (размер средней стоимости законченного случая лечения), рублей;

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

Дзп - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (перечень КСГ с долей заработной платы и прочих расходов перечислены в Приложение 44);

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая;

КД – коэффициент дифференциации (=1).

$$ПК = КС_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КСЛП, \text{ где}$$

КС_{КСГ} – коэффициент специфики по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (**КС_{КСГ}** устанавливается для конкретной КСГ независимо от уровня оказания медицинской помощи),

КУС_{МО} – коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент,

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента (Приложение 43).

Расчеты суммарного значения КСЛП дневного стационара (КСЛП_{сумм}) при наличии нескольких критериев выполняются по формуле:

$$КСЛП_{сумм} = КСЛП_5 + (КСЛП_6 - 1)$$

При отсутствии в формуле первого КСЛП применяется КСЛП, следующий за ним по порядку.

КСЛП₅, КСЛП₆ – коэффициенты сложности лечения пациента в условиях дневного стационара всех типов, применяемые в следующих случаях:

– проведение сочетанных хирургических вмешательств (перечень сочетанных операций, при которых применяется коэффициент, приведен в Приложении 39) – **КСЛП₅=1,3;**

– проведение однотипных операций на парных органах/частях тела при выполнении которых необходимы, в том числе дорогостоящие расходные материалы (перечень хирургических вмешательств, при проведении которых одновременно на двух

парных органах может быть применен КСЛП представлен в Приложении 40) – КСЛП₆=1,3.

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 (КСЛП₅, КСЛП₆) в персональном счете обязательно заполняется атрибут «coeff» элемента «KSLP» соответствующим(и) значением(ями): 5 – проведение сочетанных хирургических вмешательств, 6 – проведение однотипных операций на парных органах.

Применение КСЛП со значением (ями), равными 5,6 является поводом для проведения медико-экономической экспертизы и, при необходимости - экспертизы качества медицинской помощи.

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8. При превышении значения 1,8 один из коэффициентов исключается. Значение КСЛП записывается до двух знаков после запятой без округления.

При расчете стоимости законченного случая лечения производится корректировка числа до 2-го знака после запятой без округления перед каждым арифметическим действием.

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 764,11 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:

$$\Phi O_{\text{CP}}^{\text{СМП}} = \frac{(\text{Ho}_{\text{СМП}} \times \text{Нфз}_{\text{СМП}}) \times \text{Чз} - \text{ОС}_{\text{МТР}}}{\text{Чз}}, \text{ где}$$

ΦO_{CP}^{CMT}	—	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;
$H O_{CMT}$	—	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;
$H \Phi z_{CMT}$	—	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;
$O C_{MTP}$	—	размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами Ярославской области за вызов, рублей;
$Ч_3$	—	численность застрахованного населения Ярославкой 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 $ПН_{BA3} = 62,25$ руб. в месяц, или 747,04 руб. в год:

$$ПН_{BA3} = \frac{(\Phi O_{CP}^{CMT} \times Ч_3 - O C_B)}{Ч_3}, \text{ где:}$$

$ПН_{BA3}$ 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.

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

$$ДПн^i = \Phi O_{CP}^{CМП} \times Пр_{CМП} \times КС_{CМП}^i \times КД^i, \text{ где:}$$

ДПнⁱ 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.

КДⁱ коэффициент дифференциации i-той медицинской организации (равен 1,0).

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

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

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, обслуживаемых 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 относительных коэффициентов половозрастных затрат скорой медицинской помощи

Половозрастная группа	М 0 – 1год	Ж 0 – 1год	М 1 – 4 года	Ж 1 - 4 года	М 5 – 17 лет	Ж 5 – 17 лет	М 18 – 64 года	Ж 18 – 64 года	М 65 и старше	Ж 65 и старше
Значение коэффициента	1,563	1,306	1,026	0,912	0,431	0,431	0,785	0,987	1,411	1,501

Размеры дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи и численность застрахованного обслуживаемого населения в разрезе медицинских организаций установлены Приложением 45.

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 29.

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 учётом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи)

Средний размер финансового обеспечения по видам помощи, входящим в подушевой норматив, для медицинских организаций с оплатой по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи) составляет 5,42 тыс. руб. в год на одно прикрепленное застрахованное лицо, включая выплаты за достижение целевых значений показателей результативности деятельности (без учета размера средств на финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов).

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 46 и Приложение 47).

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.

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

составе подушевого норматива финансирования по всем видам и условиям оказания помощи указаны в Приложениях 46, 47.

Применяемые при необходимости в расчете дифференцированного подушевого норматива финансирования по стационарной (ДПн_и кс) и стационарозамещающей помощи (ДПн_и дс) коэффициенты уровня (подуровня) оказания помощи для конкретной медицинской организации КУмо_и кс и КУмо_и 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_иапп, КДпв_икс и КДпв_идс 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 в амбулаторно-поликлинических условиях по группам

Половозрастная группа	М 0 – 1 год	Ж 0 – 1 год	М 1 – 4 года	Ж 1 – 4 года	М 5 – 17 лет	Ж 5 – 17 лет	М 18 – 64 года	Ж 18 – 64 года	М 65 и старш е	Ж 65 и ста рше
Значение коэффициента	8,3057	8,9124	2,5152	2,4112	15082	1,5851	0,5491	1,0312	1,60	1,60

Половозрастные коэффициенты дифференциации КДпв в стационарных условиях по группам

Половозрастная группа	М 0 – 1 год	Ж 0 – 1 год	М 1 – 4 года	Ж 1 – 4 года	М 5 – 17 лет	Ж 5 – 17 лет	М 18 – 64 года	Ж 18 – 64 года	М 65 и старше	Ж 65 и старше
Значение коэффициента	6,6185	4,6033	1,0638	1,1708	0,4620	0,4946	0,7673	0,8023	1,9646	1,852

Половозрастные коэффициенты дифференциации КДпв в условиях дневного стационара по группам

Половозрастная группа	М 0 – 1 год	Ж 0 – 1 год	М 1 – 4 года	Ж 1 - 4 года	М 5 – 17 лет	Ж 5 – 17 лет	М 18 – 64 года	Ж 18 – 64 года	М 65 и старш е	Ж 65 и старше
Значение коэффициента	0,3717	0,7035	0,1925	0,1163	0,067	0,0604	0,6744	1,4494	1,6	1,7533

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 47.

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_і для отдельных медицинских организаций представлены в Приложении 48.

При расчете фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинских организаций (ФДПн_і), 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 45 и Приложении 46.

Раздел 4. Неоплата или неполная оплата затрат на оказание медицинской помощи, а также уплата медицинской организацией 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 49.

Финансовые санкции необходимо применять в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи или уменьшения оплаты медицинской помощи и санкций за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества согласно Приложению к договору между медицинской организацией и страховой медицинской организацией (далее – СМО) или Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Ярославской области (далее – ТФОМС ЯО).

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 ОМС и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшение оплаты медицинской помощи) в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом ФОМС от 28.02.2019 № 36 (зарегистрирован в Минюсте РФ 18.06.2019 № 54950).

Раздел 5. Заключительные положения

Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2021 г. и действует до 31.12.2021 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

Р.Р. Саятгареев

Территориальный фонд обязательного
медицинского страхования Ярославской
области

О.О. Аверкин

Страховые медицинские
организации

Д.В. Смыслова

Ярославская региональная общественная
организация «Ассоциация медицинских
работников»

И.В. Баташова

Ярославская областная организация
профессионального союза работников
здравоохранения РФ

И.С. Желтковский

А.В. Щеголев

И.И. Комарова

С.Ю. Белокуров

Л.В. Транова

О.В. Романов