

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Саратов

«31» января 2022 года

1. Общие положения

Настоящее Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию в Саратовской области (далее - тарифное соглашение) разработано в целях реализации на территории Саратовской области Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 326-ФЗ), постановления Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 года № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» (далее - Программа), постановления Правительства Саратовской области от 30 декабря 2021 года № 1199-П «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Саратовской области на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» (далее - Территориальная программа), Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28 февраля 2019 года № 108н (далее - Правила обязательного медицинского страхования), действующих федеральных и областных правовых актов об оплате медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования (далее также - ОМС).

Тарифное соглашение заключено между министерством здравоохранения Саратовской области в лице первого заместителя министра здравоохранения Степченковой Е.А., Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Саратовской области в лице первого заместителя директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Саратовской области (далее - Территориальный фонд) Потаповой О.В. (по доверенности), ООО «Капитал МС» (Общество с ограниченной ответственностью «Капитал Медицинское Страхование») в лице заместителя директора филиала ООО «Капитал МС» в Саратовской области Соколовой В.Л. (по доверенности), Ассоциацией «Медицинская Палата Саратовской области» в лице президента Ассоциации «Медицинская Палата Саратовской области» Агапова В.В., Саратовской областной организацией

профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Саратовской областной организации профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации Прохорова С.А., именуемые в дальнейшем Стороны.

Предметом тарифного соглашения являются тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Саратовской области, способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Саратовской области, размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Основные понятия и термины:

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

случай оказания медицинской помощи – медицинская услуга или совокупность медицинских услуг, оказанных лицам, застрахованным по ОМС, в связи с наступлением страхового случая в пределах одного вида условий оказания медицинской помощи (амбулаторно, стационарно, в условиях дневного стационара, вне медицинской организации);

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

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

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

базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой, с учетом коэффициента приведения;

коэффициент относительной затратноемкости – устанавливаемый на федеральном уровне в соответствии с приложением № 4 к Программе коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

коэффициент дифференциации – устанавливаемый на федеральном уровне

коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы;

поправочные коэффициенты – устанавливаемые тарифным соглашением: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов;

коэффициент специфики – устанавливаемый тарифным соглашением по условиям оказания медицинской помощи:

- в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара – коэффициент, отражающий особенности структуры госпитализаций, а также региональные особенности оказания медицинской помощи по конкретной КСГ, являющийся единым для всех уровней (подуровней) медицинских организаций, применяемый к КСГ в целом, в том числе с целью стимулирования медицинских организаций, а также медицинских работников к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий;

- в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях – коэффициент, отражающий дифференциацию стоимости оказания медицинской помощи исходя из следующих объективных критериев – половозрастной состав, уровень и структура заболеваемости обслуживаемого населения,; уровень расходов медицинских организаций на содержание и оплату труда персонала исходя из расположения и отдаленности соответствующих структурных подразделений (перечень отдаленных территорий определен в соответствии с постановлением Правительства Саратовской области от 10 ноября 2021 года №965-П «Об утверждении программы развития отдаленных районов Саратовской области на 2022-2024 годы»); объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации).

- в части финансового обеспечения структурных подразделений медицинской организации (фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) – коэффициент, отражающий критерий соответствия структурных подразделений медицинской организации требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (для типов фельдшерских (фельдшерско-акушерских) пунктов, для которых размер финансового обеспечения определен Программой, устанавливается значение коэффициента равно 1,0);

- в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации – коэффициент, отражающий дифференциацию стоимости оказания медицинской помощи исходя из половозрастного состава обслуживаемого населения;

коэффициент уровня медицинской организации – устанавливаемый тарифным соглашением коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, в амбулаторных условиях, вне медицинской организации;

коэффициент подуровня медицинской организации – устанавливаемый тарифным соглашением коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций одного уровня, обусловленные объективными причинами;

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

коэффициент приведения – коэффициент, исключаящий влияние применяемых к значению норматива финансовых затрат на случай госпитализации в стационарных условиях (случай лечения в условиях дневного стационара), установленного территориальной программой ОМС, коэффициентов относительной затратноёмкости, специфики, сложности лечения пациента к средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовой ставке);

медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний – группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратноёмкости, отличный от коэффициента относительной затратноёмкости по клинико-статистической группе, с учетом правил выделения и применения подгрупп, установленных Приложением 12 к настоящим рекомендациям;

номенклатура медицинских услуг – перечень медицинских услуг, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее - Номенклатура);

прикрепленное население – застрахованные по ОМС лица, получающие первичную медико-санитарную помощь и проживающие (пребывающие) на территории, находящейся в зоне обслуживания медицинской организации, или включенные по желанию пациента в поимённые списки, сформированные на основании приказов Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 года № 406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», от 15 мая 2012 года № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 года № 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской

помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи», от 7 марта 2018 года № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям».

2. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Саратовской области

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи и ее финансового обеспечения, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Саратовской области (далее - Комиссия).

Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС, включают в себя объемы предоставления медицинской помощи жителям Саратовской области за ее пределами.

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере ОМС, осуществляется в соответствии со следующими способами оплаты медицинской помощи:

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

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний);

- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в **таблице 1 приложения 10.**

2. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

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

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, согласно **таблице 2 приложения 10**.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, представлен в **приложении 1**.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, представлен в **приложении 2**.

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

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

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

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

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

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

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

углубленной диспансеризации;

- по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации (фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов).

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования, представлен в **приложении 3**.

Перечень медицинских организаций и их структурных подразделений, соответствующих условиям применения к подушевому нормативу финансирования 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 и оплату труда персонала с указанием сведений о численности обслуживаемого населения, а также значений коэффициента представлен в **приложении 3.1**.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай)) представлен в **приложении 3.2**.

Перечень медицинских организаций на базе которых проводятся профилактический медицинский осмотр, включая диспансеризацию определенных групп взрослого населения и углубленную диспансеризацию граждан,

переболевших новой коронавирусной инфекцией, представлен в **приложении 3.3**.

Перечень медицинских организаций, на базе которых проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних и диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную (патронатную) семью, представлен в **приложении 3.4**.

Перечень медицинских организаций, на базе которых проводится диспансеризация, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, представлен в **приложении 3.5**.

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

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

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, представлен в **приложении 4**.

5. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, применяется способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов.

Подушевой норматив финансирования включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по

всем видам и условиям оказания медицинской помощи, в которых оплата медицинской помощи производится по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к таким медицинским организациям лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинских организаций, включая показатели объема медицинской помощи, представлен в **приложении 5**.

Медицинская помощь, оказанная в стационарных условиях и условиях дневных стационаров, предъявляется к оплате в случае завершения лечения (при наступлении выздоровления, ремиссии, улучшения), а также в случае перевода в другую медицинскую организацию, переводе в дневной стационар (стационар), преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе.

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, производится за единицу объема:

- за посещение с профилактической и иными целями, в связи с оказанием неотложной помощи (включая оплату первичной медико-санитарной помощи, оказанной медицинскими работниками со средним медицинским образованием, ведущими самостоятельный прием);

- за обращение в связи с заболеванием;

- за посещение/обращение с учетом количества условных единиц трудоемкости (далее - УЕТ) в части стоматологической медицинской помощи;

- за медицинскую услугу (в т.ч. гемодиализ, перитонеальный диализ).

Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных 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.

Оплата амбулаторной медицинской помощи по поводу заболевания, при котором длительность лечения превышает один отчетный период, производится за одно обращение в каждом отчетном периоде.

Для оплаты стоматологической медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, единицей объема следует считать посещение с профилактической и иными целями, стоимость которого корректируется с учетом количества УЕТ, а также обращение по поводу заболевания.

При определении количества УЕТ, по которым осуществляется оплата, учитывается средняя кратность условных единиц трудоемкости в одном посещении, которая составляет 4,2 УЕТ, в одном посещении с профилактической целью – 4,0 УЕТ, в одном обращении в связи с заболеванием (законченном случае) - 9,4 УЕТ.

За одну УЕТ принимаются 10 минут. При этом для учета случаев лечения обязательно используется следующее правило: один визит пациента является одним посещением.

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, представлено в **приложении 6**.

Неотложная медицинская помощь может оказываться в качестве:

- первичной доврачебной медико-санитарной помощи фельдшерами;
- первичной врачебной медико-санитарной помощи врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-терапевтами цехового врачебного участка, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами;
- первичной специализированной медико-санитарной помощи врачами - специалистами.

Тарифы на оплату неотложной медицинской помощи устанавливаются едиными для всех медицинских организаций.

Профилактические медицинские осмотры и диспансеризация, осуществляются в рамках первичной медико-санитарной помощи в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации может осуществляться, в том числе в выходные дни и с использованием мобильных медицинских бригад.

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)) и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели установленного объема профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц, оплата диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, или находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений); оплата стоматологической медицинской помощи; медицинской помощи, оказываемой центрами здоровья, а также медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение/обращение.

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по медицинской реабилитации, осуществляется за обращение (комплексное

посещение).

Обращение по профилю медицинская реабилитация включает в себя консультации врачей-специалистов, проведение физиотерапевтических процедур, лабораторных, диагностических исследований, лечебной физкультуры и массажа.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа, в условиях дневного стационара – за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, в условиях круглосуточного стационара – за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

При этом стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг прибавляется в рамках одного случая лечения по всем КСГ.

Поправочные коэффициенты: КУС, КСЛП, коэффициент специфики распространяются только на КСГ. Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопустимо.

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

Проезд пациентов до места оказания данных медицинских услуг не включен в тариф на оплату медицинской помощи по ОМС.

Оплата 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 за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую услугу).

Распределение объема отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)) между медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляется при наличии в имеющейся у медицинской организации лицензии на медицинскую деятельность указания на соответствующие работы (услуги).

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, 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.

Проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции осуществляется в случае:

наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в том числе для оценки результатов проводимого лечения;

положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации).

Оплата лечения с применением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение) в условиях дневного стационара, производится с учетом выполненных этапов по КСГ ds 02.008-ds 02.011.

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

1. Стимуляция суперовуляции;
2. Получение яйцеклетки;
3. Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;
4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

5. Дополнительно в процессе проведения процедуры ЭКО возможно осуществление криоконсервации, полученных на III этапе, эмбрионов. При этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

В случае если базовая программа ЭКО была завершена по итогам I этапа (стимуляция суперовуляции) («ivf2»), I-II этапов (получение яйцеклетки) («ivf3»), I-III этапов (экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов («ivf4»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.009 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2)».

В случае проведения первых трех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов («ivf5»), а также проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов («ivf6»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)».

В случае проведения в рамках одного случая всех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов («ivf7»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.011 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4)».

В случае, если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов («ivf1»), случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.008 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)».

Оптимальная длительность случая в условиях дневного стационара при проведении криопереноса составляет 1 день.

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), производится в рамках финансирования станций и отделений (структурных подразделений медицинских организаций) скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, в том числе с оплатой за вызов скорой медицинской помощи в случае проведения тромболиза. Оплата за вызов скорой медицинской помощи осуществляется в случае проведения тромболиза выездной бригадой скорой медицинской помощи и при межтерриториальных расчетах.

При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи осуществляется за счет средств, предусмотренных на организацию указанных мероприятий.

В медицинских организациях, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой такими медицинскими организациями медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи) (далее - подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания), скорая медицинская помощь, 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) - оплачиваются за единицу объема медицинской помощи: вызов, медицинскую услугу.

Оплата медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания не включает размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Территориальной программой размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

Расходы на оказание медицинских услуг в параклинических подразделениях (физиотерапевтических, рентгенологических, флюорографических, эндоскопических кабинетах, кабинетах ЛФК и массажа, лабораторной и функциональной диагностики), отделениях реанимации и интенсивной терапии, оперблоках и других общебольничных подразделениях отдельно не выделяются.

Медицинская помощь, оказанная врачами-рентгенологами (в т.ч. кабинетов флюорографии), эндоскопистами, физиотерапевтами, ЛФК, функциональная и лабораторная диагностика самостоятельно не тарифицируется.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются в зависимости от условий оказания медицинской помощи:

вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Тарифы на оплату медицинской помощи в стационарных условиях (в условиях дневного стационара) определяются исходя из значений норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях (на 1 случай лечения в дневном стационаре), коэффициента приведения, коэффициентов относительной затратноемкости по КСГ, коэффициентов уровня медицинской организации, коэффициентов специфики, в отдельных случаях - коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП), за исключением случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями.

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

1. Размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации;
2. Коэффициент относительной затратноемкости;
3. Коэффициент дифференциации (при наличии);
4. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи;
5. Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации;
6. Коэффициент сложности лечения пациента.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре по КСГ ($CC_{КСГ}$) определяется по следующей формуле:

$$CC_{КСГ} = \frac{НФЗ}{КД} \times КП \times КД \times (КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + КСЛП), \text{ где:}$$

НФЗ – норматив финансовых затрат на случай госпитализации в стационарных условиях (случай лечения в условиях дневного

стационара), рублей;

- КД – коэффициент дифференциации;
- КП – коэффициент приведения;
- $KZ_{КСГ}$ – коэффициент относительной затратно-емкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;
- $KC_{КСГ}$ – коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации
- $KUC_{МО}$ – коэффициент подуровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
- КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

Норматив финансовый затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях составляет 37 353,3 рублей (с учетом коэффициента дифференциации для Саратовской области в размере 1,001) и без учета коэффициента дифференциации – 37 316,0 рублей, коэффициент приведения в стационарных условиях составляет 0,65.

Норматив финансовый затрат на 1 случай лечения в условиях дневного стационара составляет 23 215,9 рублей (с учетом коэффициента дифференциации для Саратовской области в размере 1,001) и без учета коэффициента дифференциации – 23 192,7 рублей, коэффициент приведения в условиях дневного стационара составляет 0,6.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовой ставки), составляет: в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях – 24 279,7 рублей (с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001) и без учета коэффициента дифференциации – 24 255,4 рублей, в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара – 13 929,6 рублей (с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001) и без учета коэффициента дифференциации – 13 915,7 рублей.

Размер базового норматива финансовых затрат на случай экстракорпорального оплодотворения составляет 124 853,2 рублей (с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001) и без учета коэффициента дифференциации – 124 728,5 рублей.

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратно-емкость лечения пациентов (классификационных критериев):

- а. Диагноз (код по МКБ 10);

b. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);

c. Схема лекарственной терапии;

d. международное непатентованное наименование (далее – МНН) лекарственного препарата;

e. Возрастная категория пациента;

f. Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ 10);

g. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации; индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);

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

i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

j. Пол;

к. Длительность лечения;

l. Этап лечения, в том числе этап проведения экстракорпорального оплодотворения, долечивание пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19, посттрансплантационный период после пересадки костного мозга;

m. Показания к применению лекарственного препарата;

n. Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;

o. Степень тяжести заболевания;

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

Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ 10, являющийся основным поводом к госпитализации.

Коэффициенты относительной затратоемкости определены с учетом статей затрат, предусмотренных структурой тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, установленной Федеральным законом № 326-ФЗ, выполнения целевых показателей уровня заработной платы работников медицинских организаций, предусмотренных Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», медицинских изделий и лекарственных препаратов, предусмотренных клиническими рекомендациями,

традиционных продуктов диетического лечебного питания и специализированных пищевых продуктов диетического лечебного и диетического профилактического питания -смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов , включенных в нормы лечебного питания, утвержденные приказом Минздрава России от 21.06.2013 № 395н «Об утверждении норм лечебного питания».

Значения коэффициентов относительной затратноемкости КСГ представлены в **приложении 7** в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, а также в **приложении 8** в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

Коэффициент специфики оказания медицинской помощи устанавливается для конкретной КСГ.

Коэффициент специфики применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней (подуровней) медицинских организаций (за исключением медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административных территориальных образований).

Для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административных территориальных образований, коэффициент специфики, установленный в размере менее 1,2 (в том числе в размере 1,0; в том числе к подгруппам в составе КСГ) принимается равным 1,2.

К КСГ, начинающихся с символов st19 и ds 19 (профиль «Онкология»), а также st08 и ds08 (профиль «Детская онкология»), за исключением ЗАТО, коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1,0).

К КСГ, включающим оплату медицинской помощи с применением сложных медицинских технологий, в том числе при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности, а также группы с высокой долей расходов на медикаменты и расходные материалы, применение понижающих коэффициентов не допускается.

Перечень КСГ, к которым не применяются понижающие коэффициенты специфики:

№ КСГ	Наименование КСГ
1	2
st13.002	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
st13.005	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
st13.007	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
st15.015	Инфаркт мозга (уровень 2)
st15.016	Инфаркт мозга (уровень 3)
st17.001	Малая масса тела при рождении, недоношенность
st17.002	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость
st17.003	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций

К КСГ, включающим оплату медицинской помощи при заболеваниях,

лечение которых должно преимущественно осуществляться в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, повышающий коэффициент специфики не применяется.

Перечень КСГ, к которым не применяются повышающие коэффициенты специфики:

№ КСГ	Наименование КСГ
1	2
st04.001	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
st12.001	Кишечные инфекции, взрослые
st16.003	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии
st27.001	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
st27.003	Болезни желчного пузыря
st27.005	Гипертоническая болезнь в стадии обострения
st27.006	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)
st27.010	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
st30.004	Болезни предстательной железы
st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
st31.012	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
st31.018	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы

Уровни оказания медицинской помощи (первый, второй, третий) устанавливаются в соответствии с приказом министерства здравоохранения Саратовской области от 4 марта 2014 года № 176 «Об утверждении трехуровневой системы оказания медицинской помощи в Саратовской области».

Значения коэффициента подуровня медицинской организации в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, представлены в **приложении 1**.

Значения коэффициента подуровня медицинской организации в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, представлены в **приложении 2**.

Средние значения коэффициента уровня оказания медицинской помощи составляют:

- в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях:

- 1) для медицинских организаций 1-го уровня - 0,9;
- 2) для медицинских организаций 2-го уровня - 1,05;
- 3) для медицинских организаций 3-го уровня - 1,25;

- в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара:

- 1) для медицинских организаций 1-го уровня - 0,9;
- 2) для медицинских организаций 2-го уровня - 1,05.

Для структурных подразделений медицинских организаций 2-го уровня, оказывающих медицинскую помощь по профилям «Детская онкология» и

«Онкология», в том числе для ЦАОП, устанавливается коэффициент подуровня оказания медицинской помощи в размере не менее 1,0.

Границы значений коэффициента подуровня медицинской организации:

для медицинских организаций (структурных подразделений) 1-го уровня - от 0,8 до 1,0;

для медицинских организаций (структурных подразделений) 2-го уровня - от 0,9 до 1,2;

для медицинских организаций (структурных подразделений) 3-го уровня - от 1,1 до 1,4.

Перечень КСГ, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации (в условиях круглосуточного стационара):

№ КСГ	Наименование КСГ
1	2
st01.001	Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода
st02.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом
st02.006	Послеродовой сепсис
st02.012	Операции на женских половых органах (уровень 3)
st03.002	Ангионевротический отек, анафилактический шок
st04.001	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
st09.003	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)
st09.004	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)
st09.008	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)
st09.009	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)
st09.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)
st10.003	Аппендэктомия, дети (уровень 1)
st10.005	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)
st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
st15.005	Эпилепсия, судороги (уровень 1)
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)
st16.003	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии
st16.005	Сотрясение головного мозга
st16.010	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)
st16.011	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)
st20.008	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
st20.009	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st27.001	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
st27.003	Болезни желчного пузыря

№ КСГ	Наименование КСГ
1	2
st27.005	Гипертоническая болезнь в стадии обострения
st27.006	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)
st27.010	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
st28.004	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)
st28.005	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)
st29.002	Переломы шейки бедра и костей таза
st29.003	Переломы бедренной кости, другие травмы области бедра и тазобедренного сустава
st29.004	Переломы, вывихи, растяжения области грудной клетки, верхней конечности и стопы
st29.005	Переломы, вывихи, растяжения области колена и голени
st29.012	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)
st29.013	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)
st30.004	Болезни предстательной железы
st30.008	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)
st30.009	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)
st30.015	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)
st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
st31.009	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)
st31.010	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)
st31.012	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
st31.018	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы
st32.004	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)
st32.010	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)
st32.011	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)
st32.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
st32.013	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
st32.014	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
st32.015	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация
st36.017	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1)
st36.018	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2)
st36.019	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3)
st37.004	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (6 баллов по ШРМ)

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) устанавливается к отдельным случаям оказания медицинской помощи в соответствии с перечнем случаев, для которых установлен КСЛП.

КСЛП учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях.

КСЛП устанавливается на основании объективных критериев; перечень которых приводится в тарифном соглашении и в обязательном порядке отражается в реестрах счетов.

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

Перечень случаев, для которых установлен КСЛП:

№ п/п	Случай, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
1	2	3
1	Предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний), за исключением случаев, к которым применяется КСЛП, предусмотренный пунктом 2 настоящего перечня	0,2
2	Предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний), получающих медицинскую помощь по профилю «Детская онкология» и (или) «Гематология»	0,6
3	Оказание медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериятра и за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки	0,2
4	Развертывание индивидуального поста	0,2
5	Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии ¹ , требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации	0,6
6	Проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 1) ²	0,05
7	Проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 2) ²	0,47
8	Проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 3) ²	1,16
9	Проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 4) ²	2,07
10	Проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 5) ²	3,49

¹ Наличие у пациента дополнительного диагноза (диагноза осложнения заболевания), (сахарный диабет типа 1 и 2; заболевания, включенные в Перечень редких (орфанных) заболеваний, размещенный на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации: рассеянный склероз (G35); хронический лимфоцитарный лейкоз (C91.1); состояния после трансплантации органов и (или) тканей (Z94.0; Z94.1; Z94.4; Z94.8); детский церебральный паралич (G80); ВИЧ/СПИД, стадии 4Б и 4В, взрослые (B20 – B24); перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции, дети (Z20.6).

² Перечень возможных операций, а также критерии отнесения соответствующих операций к уровню КСЛП определен таблицами 1, 2, 3, 4, 5 Приложения 9.

Стоимость одного случая госпитализации в стационарных условиях (случай лечения в условиях дневного стационара) по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$CC_{\text{КСГ/КПГ}} = \frac{\text{НФЗ}}{\text{КД}} \times \text{КП} \times \text{КЗ}_{\text{КСГ}} \times ((1 - \text{Дзп}) + \text{Дзп} \times \text{КС}_{\text{КСГ}} \times \text{КУС}_{\text{МО}} \times \text{КД}) + \\ + \frac{\text{НФЗ}}{\text{КД}} \times \text{КП} \times \text{КД} \times \text{КСЛП}, \text{ где:}$$

- НФЗ – норматив финансовых затрат на случай госпитализации в стационарных условиях (случай лечения в условиях дневного стационара), рублей;
- КД – коэффициент дифференциации;
- КП – коэффициент приведения;
- КЗ_{КСГ} – коэффициент относительной затратноёмкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;
- Дзп – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ;
- КС_{КСГ} – коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации
- КУС_{МО} – коэффициент подуровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
- КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

Доли заработной платы и прочих расходов в составе КСГ представлены в **приложении 7** в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, и в **приложении 8** в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.

К прерванным случаям относятся:

- 1) случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
- 2) случаи лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской

организации в другое;

3) случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);

4) случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;

5) случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;

6) случаи лечения, закончившиеся летальным исходом;

7) случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

8) законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным в **таблицах 1, 2 приложения 10**.

Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения по основаниям 1-7) по КСГ, перечисленным в **таблицах 1, 2 приложения 10** оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по 2 КСГ по основаниям, приведенным ниже, по пунктам 2-6 случай до перевода не считается прерванным по основаниям прерванности пунктов 2-4.

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

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 90% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ.

Таблицей 3, 4 приложения 10 определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию.

При невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 20% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 75% от стоимости КСГ.

Перечень схем лекарственной терапии ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) при количестве дней введения в тарифе 3 дня и менее, приведен в **таблице 5 приложения 10**.

За законченный случай принимается случай госпитализации (лечения) для осуществления введения одному больному лекарственных препаратов длительностью, указанной в столбце «Количество дней введения в тарифе» **таблице 5 и таблице 6 приложения 10.**

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

В случае если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ 10, что и диагноз основного заболевания и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

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

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

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

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

4. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2)).

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

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

с последующим родоразрешением.

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

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

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

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

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

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

10. Проведение диализа.

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

Оплата медицинской помощи по КСГ, сформированной по коду услуги, без учета анализа КСГ, определённой по коду терапевтического диагноза, производится в случаях:

- наличия кодов номенклатуры медицинских услуг и дополнительных классификационных критериев rb2-rb6, rbs, rb2cov-rb5cov, rbb2-rbb5, определяющих КСГ st37.001-st37.013, st37.015, st37.021-st 37.023 - в стационарных условиях и ds37.001- ds37.008, ds37.010, ds37.015-ds37.016 - в условиях дневного стационара;

- определения для медицинской помощи следующих пар КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги:

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КГС			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
№	Наименование КСГ, сформированной по услуге	КЗ	№	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	КЗ
1	2	3	4	5	6
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	st02.008	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)	0,58	st02.008	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	st02.009	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов	0,46
st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	0,84	st04.002	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	1,74	st04.002	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,49	st21.007	Болезни глаза	0,51
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	st34.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	0,89
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	st26.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	0,79

Оплата медицинской помощи по КСГ st29.007 осуществляется в случае наличия двух кодов МКБ 10, относящихся к двум и более анатомическим областям (Т1-Т6), или одного кода МКБ 10, относящегося к Т7, в сочетании с одним из нижеследующих диагнозов: J94.2, J94.8, J94.9, J93, J93.0, J93.1, J93.8, J93.9, J96.0, N17, T79.4, R57.1, R57.8 и иного классификационного критерия plt.

Код анатомии, области	Анатомическая область	Коды МКБ 10
1	2	3

Код анатомии, области	Анатомическая область	Коды МКБ 10
1	2	3
T1	Голова/шея	S02.0-S02.11, S04.0, S05.7, S06.1-S06.71, S07.0-S07.8, S09.0, S11.0-S11.7, S15.0-S15.9, S17.0, S17.8, S18
T2	Позвоночник	S12.0, S12.9, S13.0, S13.1, S13.3, S14.0, S14.3, S22.0, S23.0, S23.1, S24.0, S32.0-S32.11, S33.0-S33.2, S33.4, S34.0, S34.3, S34.4
T3	Грудная клетка	S22.2-S22.21, S22.4-S22.51, S25.0-S25.9, S26.0-S26.01, S27.0-S27.21, S27.4-S27.61, S27.8-S27.81, S28.0, S28.1
T4	Живот	S35.0-S35.9, S36.0-S36.51, S36.8-S36.91, S37.0-S37.01, S38.3
T5	Таз	S32.3-S36.61, S37.1-S37.21, S37.4-S37.61, S37.8-S37.81, S38.0, S38.2
T6	Конечности	S42.2-S42.41, S42.8-S42.81, S45.0-S45.2, S45.7, S45.8, S47, S48.0, S48.1, S48.9, S52.7-S52.71, S55.0, S55.1, S55.7, S55.8, S57.0-S57.9, S58.0-S58.9, S68.4, S71.7, S72.0-S72.71, S75.0-S75.8, S77.0-S77.2, S78.0-S78.9, S79.7, S82.1-S82.31, S82.7-S82.71, S85.0, S85.1, S85.5, S85.7, S87.0, S87.8, S88.0-S88.9, S95.7-S95.9, S97.0, S97.8, S98.0
T7	Множественная травма	S02.7-S02.71, S12.7-S12.71, S22.1-S22.11, S27.7, S29.7, S31.7, S32.7-S32.71, S36.7-S36.71, S37.7-S37.71; S38.1, S39.6, S39.7, S42.7-S42.71, S49.7, T01.1, T01.8, T01.9, T02.0-T02.91, T04.0-T04.9, T05.0-T05.9, T06.0-T06.8, T07

Оплата медицинской помощи при проведении услуг диализа в условиях дневного стационара при сочетании с КСГ ds18.002 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ» осуществляется за каждую услугу диализа и КСГ.

Учитывая единственный, законодательно установленный, способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара – случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество услуг в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения.

Оплата законченных случаев лечения по КСГ ds18.002 в размере 100% от тарифа осуществляется при длительности периода оказания медицинской помощи не менее 30 календарных дней вне зависимости от количества услуг диализа. При длительности пребывания до 3-х пациенто-дней оплата производится в размере 20% от стоимости тарифа, с 4 пациенто-дня по 29 пациенто-день – 50% от стоимости тарифа.

Оплата случаев лекарственной терапии при хроническом вирусном гепатите С в дневном стационаре осуществляется в соответствии с режимом лекарственной терапии с применением пегилированных интерферонов или препаратов прямого противовирусного действия. За единицу объема медицинской помощи по КСГ

принимается длительность лечения в течение 30 дней.

Оплата случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей осуществляется по КСГ st19.090-st19.102 и ds19.063-ds19.078. Отнесение случаев к указанным КСГ осуществляется по сочетанию кода МКБ 10 (коды C81-C96, D45-D47.9), кода длительности госпитализации, а также, при наличии, кода МНН или АТХ группы применяемых лекарственных препаратов.

Длительность госпитализации распределена на 4 интервала: код "1" - пребывание до 3 дней включительно, код "2" - от 4 до 10 дней включительно, код "3" - от 11 до 20 дней включительно, код "4" - от 21 до 30 дней включительно.

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 дня с даты госпитализации (случая лечения). Для каждого случая, предъявляемого к оплате, отнесение к КСГ осуществляется на основании критериев за период, для которого формируется счет.

Пациентам в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях с целью продолжения лечения, которое начато в возрасте до 18 лет, первичная специализированная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь может быть оказана в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь детям по профилю «детская онкология», в случаях и при соблюдении условий, которые установлены порядком оказания медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

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

Перечень видов и нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет средств ОМС, формируются в соответствии с разделом I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, согласно приложению № 1 к Программе, и приведены в **приложении 11**.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи (далее также - ВМП) осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов **МКБ 10**, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным разделом I приложения №1 к Программе, перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи. Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи,

установленным приложением № 1 к Программе. Величина территориального норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи скорректирована с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001 к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи:

1 группа - 20%; 2 группа - 26%; 3 группа - 33%; 4 группа - 39%; 5 группа - 22%; 6 группа - 30%; 7 группа - 7%; 8 группа - 50%; 9 группа - 33%; 10 группа - 48%; 11 группа - 28%; 12 группа - 25%; 13 группа - 20%; 14 группа - 17%; 15 группа - 17%; 16 группа - 37%; 17 группа - 28%; 18 группа - 21%; 19 группа - 30%; 20 группа - 31%; 21 группа - 54%; 22 группа - 36%; 23 группа - 37%; 24 группа - 35%; 25 группа - 34%; 26 группа - 26%; 27 группа - 20%; 28 группа - 44%; 29 группа - 35%; 30 группа - 34%; 31 группа - 38%; 32 группа - 22%; 33 группа - 33%; 34 группа - 21%; 35 группа - 35%; 36 группа - 56%; 37 группа - 49%; 38 группа - 43%; 39 группа - 54%; 40 группа - 45%; 41 группа - 34%; 42 группа - 47%; 43 группа - 24%; 44 группа - 17%; 45 группа - 15%; 46 группа - 37%; 47 группа - 16%; 48 группа - 52%; 49 группа - 18%; 50 группа - 15%; 51 группа - 24%; 52 группа - 32%; 53 группа - 30%; 54 группа - 44%; 55 группа - 9%; 56 группа - 28%; 57 группа - 32%; 58 группа - 31%; 59 группа - 17%; 60 группа - 32%.

В случае несоответствия оказанной медицинской помощи по ВМП параметрам определения высокотехнологичной медицинской помощи, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

При направлении в медицинскую организацию 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 10 либо по коду Номенклатуры медицинских услуг, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

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

Средний подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Саратовской области, в расчете на одно застрахованное лицо (далее – средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях, FO_{CP}^{AMB}) определяется на основе установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования средних нормативов объема медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо и

нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи следующим образом:

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

- $\text{НО}_{\text{ПРОФ}}$ – средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в части базовой программы ОМС, посещений;
- $\text{НО}_{\text{ОЗ}}$ – 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 ОМС, обращений;
- $\text{НО}_{\text{НЕОТЛ}}$ – 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 ОМС, посещений;
- $\text{НФЗ}_{\text{ПРОФ}}$ – норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в части базовой программы ОМС, рублей;
- $\text{НФЗ}_{\text{ОЗ}}$ – 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 ОМС, рублей;
- $\text{НФЗ}_{\text{НЕОТЛ}}$ – 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 ОМС, 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 ОМС, рублей;

Чз – численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек.

Размер среднего подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц составляет 5 228,3 рублей (с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001), без учета коэффициента дифференциации – 5 223,1 рублей.

Размер базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, исключаяющего влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, стоимости проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (далее – базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц) составляет 2 493,98 рублей й (с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001), без учета коэффициента дифференциации – 2491,49 рублей. (207,83 рублей с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001) в месяц и 207,62 рублей без учета коэффициента дифференциации) в месяц).

При финансировании медицинской организации по подушевому нормативу размер финансового обеспечения ежемесячно определяется Территориальным фондом как произведение установленного для данной медицинской организации фактического дифференцированного подушевого норматива и численности застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинской организации.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц устанавливается исходя из значения базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, применяемого к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (для всех медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, значение коэффициента составляет 1,0), коэффициента уровня медицинской организации, применяемого к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, а также коэффициентов специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее – коэффициенты специфики), учитывающих:

- уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше;
- наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных

территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

- проведение медицинской организацией профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц.

Значения коэффициента специфики, учитывающего уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, установлены **приложением 12.1** и определяются на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, и о численности застрахованных лиц. При этом для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше устанавливается значение коэффициента специфики в размере не менее 1,6

Значения коэффициента специфики, учитывающего наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, устанавливается в следующем размере:

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек - 1,113,

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек - 1,04.

При этом допустимо установление дифференцированных значений коэффициентов для разных медицинских организаций или их подразделений в зависимости от комплектности участков, обслуживаемого радиуса, плотности расселения обслуживаемого населения, транспортной доступности, иных климатических и географических особенностей территории обслуживания населения и др.

В случае если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации (K_{OT}^i), объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

$$K_{OT}^i = (1 - \sum D_{OTj}) + \sum (K_{OTj} \times D_{OTj}), \text{ где}$$

K_{OT}^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 и оплату труда персонала, определенный для i -той медицинской организаций (при наличии);

- $D_{отj}$ – доля населения, обслуживаемая j -ым подразделением, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (значение от 0 до 1)
- $K_{Дотj}$ – коэффициент дифференциации, применяемый к j -ому подразделению, расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание и оплату труда персонала.

Значения коэффициента специфики, учитывающего проведение медицинской организацией профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц, установлены **приложением 12**.

Значения базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, применяемого к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, коэффициента уровня медицинской организации, применяемого к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, а также дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц в разрезе медицинских организаций представлены в **приложении 12**.

Численность лиц, прикрепившихся к медицинской организации, определяется на основании данных единого регистра прикрепленного населения Саратовской области по состоянию на первое число месяца, следующего за отчетным. Данные вносятся медицинскими организациями посредством web-приложения «Ведение базы прикрепленного населения».

Счета на оплату медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу финансирования, ежемесячно формируются Территориальным фондом для каждой медицинской организации (структурного подразделения) в разрезе страховых медицинских организаций и направляются в медицинские организации.

Медицинские организации, финансируемые по подушевому нормативу финансирования, самостоятельно формируют счета на оплату отдельных видов диагностических исследований, а также медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Саратовской области.

Медицинские организации ежемесячно формируют и представляют в установленном порядке реестры счетов на оплату оказанной в амбулаторных условиях медицинской помощи в Территориальный фонд.

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, определяется доля средств, направляемых на стимулирующие выплаты медицинским организациям, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу

финансирования на прикрепившихся лиц в размере 5% от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением средств на оплату медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме, а также средств на финансовое обеспечение профилактических мероприятий).

Стимулирующие выплаты осуществляются в случае выполнения медицинской организацией критериев результативности деятельности медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания. Оценка выполнения критериев производится Комиссией по итогам года.

Порядок, форма и сроки предоставления сведений, необходимых для оценки выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, устанавливаются Комиссией.

Оценка выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций осуществляется в баллах. За выполнение каждого из показателей результативности деятельности соответствующей медицинской организации присваивается максимальное значение критерия (1, 2 или 3 балла), в случае невыполнения показателя – 0 баллов.

Перечень показателей, по которым осуществляется оценка выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания (далее – Перечень показателей):

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя	Значение критерия оценки
1	2	3	4
1. Показатели, характеризующие результаты оказания медицинской помощи взрослому населению (от 18 лет и старше) (за исключением медицинской помощи по специальности «Акушерство и гинекология»), включая профилактические мероприятия и вакцинацию по эпидемиологическим показаниям, а также диспансерное наблюдение			
1.1 Оценка эффективности профилактических мероприятий			
1.1.1.	Доля врачебных посещений с профилактической целью за период, от общего числа посещений за период (включая посещения на дому)	30% и более	1
		менее 30%	0
1.1.2.	Доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период	20% и более	2
		менее 20%	0
1.1.3.	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и	20% и более	1

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя	Значение критерия оценки
1	2	3	4
	диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период	менее 20%	0
1.1.4.	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период	10% и более	1
		менее 10%	0
1.1.5.	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период	15% и более	1
		менее 15%	0
1.1.6.	Выполнение плана вакцинации взрослых граждан по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19)	80% и более	2
		менее 80%	0
1.2 Оценка эффективности диспансерного наблюдения			
1.2.1.	Доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период	5% и более	2
		менее 5%	0
1.2.2.	Число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в неотложной форме и (или) скорая медицинская помощь, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период	менее 5%	1
		5% и более	0
1.2.3.	Доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период	30% и более	1
		менее 30%	0
1.2.4.	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период	30% и более	1
		менее 30%	0
1.2.5.	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период	42% и более	2
		менее 42%	0

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя	Значение критерия оценки
1	2	3	4
1.2.6.	Доля взрослых пациентов, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период	менее 5%	1
		5% и более	0
1.2.7.	Доля взрослых пациентов, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых пациентов, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений	менее 5%	2
		5% и более	0
1.2.8.	Доля взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период	менее 10%	1
		10% и более	0
1.3 Оценка смертности			
1.3.1.	Смертность прикрепленного населения в возрасте от 30 до 69 лет за период	535,4 на 100 тыс. населения (в возрасте 30-69 лет) и менее	3
		более 535,4 на 100 тыс. населения (в возрасте от 30-69 лет)	0
1.3.2.	Число умерших за период, находящихся под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением	менее 5%	3
		5% и более	0
2. Показатели, характеризующие результаты оказания медицинской помощи детскому населению (от 0 до 17 лет), включая вакцинацию, а также диспансерное наблюдение			
2.1 Оценка эффективности профилактических мероприятий			
2.1.1.	Охват вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок	95% и более	1
		менее 95%	0
2.2 Оценка эффективности диспансерного наблюдения			
2.2.1.	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период	10% и более	1
		менее 10%	0
2.2.2.	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его	10% и более	1

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя	Значение критерия оценки
1	2	3	4
	придаточного аппарата за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период	менее 10%	0
2.2.3.	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период	15% и более	1
		менее 15%	0
2.2.4.	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней системы кровообращения за период от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения за период	5% и более	2
		менее 5%	0
2.2.5.	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период	5% и более	1
		менее 5%	0
2.3 Оценка смертности			
2.3.1.	Смертность детей в возрасте 0-17 лет за период	49,3 на 100 тыс. населения (в возрасте 0-17 лет) и менее	3
		более 49,3 на 100 тыс. населения (в возрасте 0-17 лет)	0
3. Показатели, характеризующие результаты оказания медицинской помощи взрослому населению (от 18 лет и старше) по специальности «Акушерство и гинекология», включая профилактические мероприятия и вакцинацию по эпидемиологическим показаниям			
3.1 Оценка эффективности профилактических мероприятий			
3.1.1.	Доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период	15% и более	1
		менее 15%	0
3.1.2.	Доля беременных женщин, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19, за период, от числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода	30% и более	1
		менее 30%	0
3.1.3.	Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период	20% и более	1
		менее 20%	0
3.1.4.	Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы,	20% и более	1

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя	Значение критерия оценки
1	2	3	4
	выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период	менее 20%	0
3.1.5.	Доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период	87% и более	2
		менее 87%	0

* По набору кодов МКБ-10

Предоставление в Комиссию сведений по показателям 1.1.6, 2.1.1, 3.1.1, 3.1.5 осуществляется министерством здравоохранения Саратовской области, по остальным показателям – ТФОМС Саратовской области.

Исходя из суммы средств, предусмотренных на стимулирующие выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности ($OC_{РД}$), а также общей численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, определяется сумма средств на стимулирующие выплаты в расчете на 1 прикрепленное застрахованное лицо ($C_{РД}$) по следующей формуле:

$$C_{РД} = \frac{OC_{РД}}{\sum_i ЧЗ^i}, \text{ где}$$

$ЧЗ^i$ – численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той медицинской организации.

По каждой медицинской организации определяется итоговый коэффициент результативности ($K_{РЕЗ}^i$) как соотношение суммы баллов за все достигнутые показатели результативности деятельности согласно Перечню показателей (KB^i) к максимально возможному для медицинской организации количеству баллов ($KB_{МАКС}^i$) в следующем порядке:

- по медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь взрослому населению (не имеющим в своем составе женской консультации) – перечень медицинских организаций представлен в **приложении 3.6** – учитываются показатели, включенные в раздел 1 Перечня показателей, $KB_{МАКС}^i = 25$;

- по медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь взрослому населению (имеющим в своем составе женскую консультацию) –

перечень медицинских организаций представлен в **приложении 3.7** – учитываются показатели, включенные в разделы 1 и 3 Перечня показателей, $КБ_{\text{МАКС}}^i = 31$;

- по медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь детскому населению – перечень медицинских организаций представлен в **приложении 3.8** – учитываются показатели, включенные в раздел 2 Перечня показателей, $КБ_{\text{МАКС}}^i = 10$;

- по медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь взрослому населению (имеющим в своем составе женскую консультацию), а также медицинскую помощь детскому населению – перечень медицинских организаций представлен в **приложении 3.9** – учитываются показатели, включенные в разделы 1, 2 и 3 Перечня показателей, $КБ_{\text{МАКС}}^i = 41$.

При установлении на территории Саратовской области ограничительных мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией, показатели, включенные в Перечень показателей, не применяются, при этом значение критерия оценки результативности по данным показателям принимается равным максимальному значению критерия оценки (от 1 до 3).

Итоговая сумма средств на стимулирующие выплаты в расчете на 1 прикрепленное застрахованное лицо ($ИС_{\text{РД}}$) по следующей формуле:

$$ИС_{\text{РД}} = C_{\text{РД}} \times K_{\text{РЕЗ}}^i.$$

Фактический объем средств, направляемых на выплаты медицинской организации ($\Phi C_{\text{СУММ}}^i_{\text{РЕЗ}}$) определяется по следующей формуле:

$$\Phi C_{\text{СУММ}}^i_{\text{РЕЗ}} = ИС_{\text{РД}} \times ЧЗ^i.$$

При выполнении показателей результативности в соответствии с установленными критериями проводится корректировка финансового плана учреждения. Значения коэффициента результативности, итоговой суммы средств на стимулирующие выплаты в расчете на 1 прикрепленное застрахованное лицо, а также фактического объема средств, направляемых на выплаты медицинской организации, за соответствующий период, устанавливаются Комиссией.

Размер тарифов на оплату медицинской помощи по врачебной специальности «стоматология» и медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Саратовской области, соответствует тарифам, установленным для медицинских организаций, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, входящим в подуровень 1.5.

Для медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, финансирование которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи, размер тарифов на оплату медицинской помощи, в том числе оказанной

лицам, застрахованным за пределами Саратовской области, соответствует тарифам, установленным для указанных медицинских организаций по соответствующему уровню (подуровню).

Размер базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях, финансируемой за единицу объема ее оказания составляет (с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001):

- на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров – 2 017,9 рублей;

- на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний – 2 495 рублей, в том числе для проведения углубленной диспансеризации – 1 018,5 рублей;

- на 1 посещение с иными целями – 339,6 рублей;

- на 1 посещение в неотложной форме – 736,7 рублей;

- на 1 обращение по поводу заболевания – 1 651,2 рублей;

- на 1 исследование:

- компьютерная томография – 2 544,5 рублей;

- магнитно-резонансная томография – 3 578,6 рублей;

- ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы – 492,6 рублей;

- эндоскопического диагностического исследования – 924,2 рублей;

- молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – 8 182,4 рублей;

- патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2 023,3 рублей;

- тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 601,1 рублей;

- обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» – 18 456,8 рублей;

- без учета коэффициента дифференциации:

- на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров – 2 015,9 рублей;

- на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний – 2 492,5 рублей, в том числе для проведения углубленной диспансеризации – 1 017,5 рублей;

- на 1 посещение с иными целями – 339,3 рублей;

- на 1 посещение в неотложной форме – 736,0 рублей;

- на 1 обращение по поводу заболевания – 1 649,6 рублей;

- на 1 исследование:

- компьютерная томография – 2 542,0 рублей;

магнитно-резонансная томография – 3 575,0 рублей;

ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы – 492,1 рублей;

эндоскопического диагностического исследования – 923,3 рублей;

молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – 8 174,2 рублей;

патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2 021,3 рублей;

тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 600,5 рублей;

- на 1 обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» – 18 438,4 рублей.

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

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, приведены в **приложении 13**.

Оплата случаев неотложной медицинской помощи, в том числе при условии создания в структуре медицинских организаций структурного подразделения для оказания неотложной медицинской помощи, а также в приемных отделениях стационаров при проведении комплекса диагностических исследований без последующей госпитализации производится по тарифам, приведенным в **приложении 13.1**.

Тариф на оплату обращения (законченный случай) по медицинской реабилитации приведен в **приложении 13.2**.

Тарифы на медицинские услуги в центрах здоровья приведены в **приложении 13.3**.

Объем комплексного обследования в центрах здоровья установлен приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.08.2009 № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращения потребления алкоголя и табака».

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках профилактических осмотров и диспансеризации установлены:

- на комплексное посещение для проведения первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, в т.ч. в выходные дни – **приложением 13.4**;

- на комплексное посещение для проведения первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения с применением мобильных медицинских

бригад – **приложением 13.5;**

- на комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения, в т.ч. в выходные дни, и комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения с применением мобильных медицинских бригад – **приложением 13.6;**

- на комплексное посещение по профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних, в т.ч. в выходные дни – **приложением 13.7;**

- на комплексное посещение в рамках диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью, в т.ч. в выходные дни – **приложением 13.8;**

- на оплату медицинской помощи по проведению второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения – **приложением 13.9;**

- на оплату углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) – **приложением 13.10.**

Оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объёма медицинской помощи – за комплексное посещение, за медицинскую услугу при оплате исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках I и II этапов углубленной диспансеризации, по тарифам.

Медицинские услуги, выполняемые в рамках первого этапа углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), включенные в комплексную услугу, отдельной оплате не подлежат.

Тарифы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований, проводимых в амбулаторных условиях, приведены в **приложении 14 и приложении 14.1.**

Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях включается в подушевой норматив финансирования. В стационарных условиях и в условиях дневного стационара медицинская помощь с применением телемедицинских технологий включается в стоимость законченного случая лечения, рассчитанного на основе КСГ.

Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение (годовой размер финансового обеспечения) структурных подразделений медицинских организаций - фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов - при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, составляет в среднем на 2022 год (без учета коэффициента дифференциации):

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей – 1 087,7 тыс. рублей,

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей – 1 723,1 тыс. рублей,

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500

до 2000 жителей – 1 934,9 тыс. рублей.

Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих до 100 жителей, устанавливается с учетом понижающего коэффициента 0,4 к размеру базового норматива финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей.

Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих от 2000 и более жителей устанавливается равным размеру базового норматива финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей.

Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение (годовой размер финансового обеспечения) структурных подразделений медицинских организаций - фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов - при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, составляет в среднем на 2022 год с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001:

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей – 435,5 тыс. рублей,

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей – 1 088,8 тыс. рублей,

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей – 1 724,8 тыс. рублей,

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей – 1936,8 тыс. рублей

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 2000 жителей – 1 936,8 тыс. рублей.

При несоответствии требованиям, установленным положением: об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских применяются коэффициенты специфики:

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей – 0,889; при 100% укомплектованности – 1,0;

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей – от 0,356 до 0,890; при 100% укомплектованности – 1,0;

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей – от 0,225 до 0,958; при 100% укомплектованности – 1,0;

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей и фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 2000 и более жителей – от 0,200 до 0,962; при 100% укомплектованности – 1,0.

Значение коэффициента уровня медицинской организации, применяемого к

базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для всех медицинских организаций, имеющих в своем составе фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты, составляет 1,0.

Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов с указанием диапазона численности обслуживаемого населения, информации о соответствии или несоответствии требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению с соответствующими размерами коэффициентов специфики, а также финансового обеспечения, в том числе в расчете на 1 месяц приведен в **приложении 15**.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

В случае изменения в течение года указанных параметров фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, размер финансового обеспечения корректируется не чаще одного раза в квартал.

Средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Саратовской области, в расчете на одно застрахованное лицо (далее - средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, $\Phi O_{CP}^{СМП}$) определяется на основе установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования средних нормативов объема медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи следующим образом:

$$\Phi O_{CP}^{СМП} = \frac{(N_{OСМП} \times N_{ФЗСМП}) \times Чз - O_{СМТР}}{Чз}, \text{ где:}$$

$N_{OСМП}$ – средний норматив объема скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации в части базовой программы ОМС, вызовов;

$N_{ФЗСМП}$ – норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в части базовой программы ОМС, рублей;

$O_{СМТР}$ – размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, рублей;

$Чз$ – численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек.

Размер среднего подушевого норматива финансирования, применяемого при

оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, составляет 835,6 рублей (с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001), без учета коэффициента дифференциации составляет 834,8 рублей.

Размер базового подушевого норматива, применяемого при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, исключающего влияние применяемых коэффициентов уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за вызов скорой медицинской помощи (далее – базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи), составляет 816,96 рублей (68,08 рублей в месяц).

Объем финансирования станций, отделений скорой медицинской помощи рассчитывается ежемесячно исходя из дифференцированного норматива финансирования и численности обслуживаемых ими застрахованных лиц.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи устанавливается исходя из значения базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, применяемого к базовому подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, коэффициента уровня медицинской организации, применяемого к базовому подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи а также коэффициента специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц учитывающего уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения.

Значения коэффициента специфики, учитывающего уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, установлены **приложением 16.1** и определяются на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, и о численности застрахованных лиц.

Значения базового подушевого норматива, применяемого при оплате скорой медицинской помощи, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, применяемого к базовому подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, коэффициента уровня медицинской организации, применяемого к базовому подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, коэффициента специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц учитывающего уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, а также дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, в разрезе медицинских организаций представлены в **приложении 16**.

Численность застрахованных лиц, обслуживаемых станциями, отделениями

скорой медицинской помощи, определяется на основании данных персонафицированного учета (в соответствии с «Актом сверки численности застрахованного населения» между Территориальным фондом и страховыми медицинскими организациями). Для расчета ежемесячного объема финансирования скорой медицинской помощи принимается численность контингента застрахованных лиц, обслуживаемого станцией, отделением скорой медицинской помощи, по состоянию на первое число месяца, следующего за отчетным.

Счета на оплату скорой медицинской помощи формируются Территориальным фондом для каждой медицинской организации (структурного подразделения) в разрезе страховых медицинских организаций и направляются в медицинские организации. Медицинские организации самостоятельно формируют счета за оказанную скорую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами Саратовской области и в случае проведения тромболитика.

Медицинские организации ежемесячно формируют и представляют в установленном порядке реестры счетов на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, в Территориальный фонд.

Размер среднего норматива финансовых затрат за вызов скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, составляет 2 977,5 рублей (с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001) и 2 974,5 рублей (без учета коэффициента дифференциации).

При осуществлении расчетов за скорую медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами Саратовской области, стоимость медицинской помощи, определяется, исходя из стоимости одного вызова, равной 2 835,0 рублей.

Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи в случае проведения тромболитика выездной бригадой скорой медицинской помощи приведены в **приложении 17**.

Средний подушевой норматив финансирования для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), участвующих в реализации территориальной программы ОМС Саратовской области, в расчете на одно застрахованное лицо (далее – подушевой норматив финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи) определяется на основе установленных территориальной программой ОМС средних нормативов объема медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и составляет 5 884,7 рублей (с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001), без учета учетом коэффициента дифференциации – 5 878,8 рублей.

При финансировании медицинской организации по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания размер финансового обеспечения ежемесячно определяется Территориальным фондом как произведение установленного для данной медицинской организации фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования

медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания и численности застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинской организации.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, устанавливается исходя из:

1) значения базового подушевого норматива финансирования в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, и применяемых к нему коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, коэффициента уровня медицинской организации, а также коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, учитывающих:

- уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше;

- наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

- проведение медицинской организацией профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц;

2) значения базового подушевого норматива финансирования в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, и применяемого к нему коэффициента уровня медицинской организации;

3) значения базового подушевого норматива финансирования в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, и применяемого к нему коэффициента уровня медицинской организации.

Значения базового подушевого норматива финансирования в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, базового подушевого норматива финансирования в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, базового подушевого норматива финансирования в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, коэффициентов уровня медицинской организации (отдельно в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в стационарных условиях и в условиях дневного стационара), коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях), коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, учитывающих уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше; наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала; проведение медицинской организацией профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц (в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях), а также дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинской

помощи по всем видам и условиям ее оказания в разрезе медицинских организаций представлены в **приложении 18**.

Численность лиц, прикрепившихся к медицинской организации, определяется на основании данных единого регистра прикрепленного населения Саратовской области состоянию на первое число месяца, следующего за отчетным, за который осуществляется расчет. Данные вносятся медицинскими организациями посредством web-приложения «Ведение базы прикрепленного населения».

Счета на оплату медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, ежемесячно формируются Территориальным фондом для каждой медицинской организации (структурного подразделения) в разрезе страховых медицинских организаций и направляются в медицинские организации.

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, определяется доля средств, направляемых на стимулирующие выплаты медицинским организациям, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания в размере 5% от базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (за исключением средств на оплату медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме, а также средств на финансовое обеспечение профилактических мероприятий).

Стимулирующие выплаты осуществляются в случае выполнения медицинской организацией критериев результативности деятельности медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания. Оценка выполнения критериев производится Комиссией по итогам года.

Порядок, форма и сроки предоставления сведений, необходимых для оценки выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, устанавливаются Комиссией.

Оценка выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций осуществляется в баллах. За выполнение каждого из показателей результативности деятельности соответствующей медицинской организации присваивается максимальное значение критерия (1, 2 или 3 балла), в случае невыполнения показателя – 0 баллов.

Перечень показателей, по которым осуществляется оценка выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания

(далее – Перечень показателей):

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя	Значение критерия оценки
1	2	3	4
1. Показатели, характеризующие результаты оказания медицинской помощи взрослому населению (от 18 лет и старше) (за исключением медицинской помощи по специальности «Акушерство и гинекология»), включая профилактические мероприятия и вакцинацию по эпидемиологическим показаниям, а также диспансерное наблюдение			
1.1 Оценка эффективности профилактических мероприятий			
1.1.1.	Доля врачебных посещений с профилактической целью за период, от общего числа посещений за период (включая посещения на дому)	30% и более	1
		менее 30%	0
1.1.2.	Доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период	20% и более	2
		менее 20%	0
1.1.3.	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период	20% и более	1
		менее 20%	0
1.1.4.	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период	10% и более	1
		менее 10%	0
1.1.5.	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период	15% и более	1
		менее 15%	0
1.1.6.	Выполнение плана вакцинации взрослых граждан по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19)	80% и более	2
		менее 80%	0
1.2 Оценка эффективности диспансерного наблюдения			
1.2.1.	Доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период	5% и более	2
		менее 5%	0
1.2.2.	Число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в неотложной форме и (или) скорая медицинская помощь, от общего числа взрослых	менее 5%	1
		5% и более	0

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя	Значение критерия оценки
1	2	3	4
	пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период		
1.2.3	Доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период	30% и более	1
		менее 30%	0
1.2.4.	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период	30% и более	1
		менее 30%	0
1.2.5.	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период	42% и более	2
		менее 42%	0
1.2.6.	Доля взрослых пациентов, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период	менее 5%	1
		5% и более	0
1.2.7.	Доля взрослых пациентов, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых пациентов, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений	менее 5%	2
		5% и более	0
1.2.8.	Доля взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период	менее 10%	1
		10% и более	0
1.3 Оценка смертности			
1.3.1	Смертность прикрепленного населения в возрасте от 30 до 69 лет за период	535,4 на 100 тыс. населения (в возрасте 30-69 лет) и менее	3
		более 535,4 на 100 тыс. населения (в возрасте от 30-69 лет)	0
1.3.2.	Число умерших за период, находящихся под	менее 5%	3

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя	Значение критерия оценки
1	2	3	4
	диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением	5% и более	0
2. Показатели, характеризующие результаты оказания медицинской помощи детскому населению (от 0 до 17 лет), включая вакцинацию, а также диспансерное наблюдение			
2.1 Оценка эффективности профилактических мероприятий			
2.1.1.	Охват вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок	95% и более	1
		менее 95%	0
2.2 Оценка эффективности диспансерного наблюдения			
2.2.1.	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период	10% и более	1
		менее 10%	0
2.2.2.	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период	10% и более	1
		менее 10%	0
2.2.3.	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период	15% и более	1
		менее 15%	0
2.2.4.	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней системы кровообращения за период от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения за период	5% и более	2
		менее 5%	0
2.2.5.	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период	5% и более	1
		менее 5%	0
2.3 Оценка смертности			
2.3.1.	Смертность детей в возрасте 0-17 лет за период	49,3 на 100 тыс. населения (в возрасте 0-17 лет) и менее	3
		более 49,3 на 100 тыс. населения (в возрасте 0-17 лет)	0
3. Показатели, характеризующие результаты оказания медицинской помощи взрослому населению (от 18 лет и старше) по специальности «Акушерство и			

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя	Значение критерия оценки
1	2	3	4
гинекология», включая профилактические мероприятия и вакцинацию по эпидемиологическим показаниям			
3.1 Оценка эффективности профилактических мероприятий			
3.1.1.	Доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период	15% и более	1
		менее 15%	0
3.1.2.	Доля беременных женщин, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19, за период, от числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода	30% и более	1
		менее 30%	0
3.1.3.	Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период	20% и более	1
		менее 20%	0
3.1.4.	Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период	20% и более	1
		менее 20%	0
3.1.5.	Доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период	87% и более	2
		менее 87%	0

* По набору кодов МКБ-10

Предоставление в Комиссию сведений по показателям 1.1.6, 2.1.1, 3.1.1, 3.1.5 осуществляется министерством здравоохранения Саратовской области, по остальным показателям – ТФОМС Саратовской области.

Исходя из суммы средств, предусмотренных на стимулирующие выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности ($OC_{РД}^{АМБ}$), а также общей численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, определяется сумма средств на стимулирующие выплаты в расчете на 1 прикрепленное застрахованное лицо ($C_{РД}$) по следующей формуле:

$$C_{РД} = \frac{OC_{РД}^{АМБ}}{\sum_i ЧЗ^i}, \text{ где}$$

$ЧЗ^i$ – численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той медицинской организации.

По каждой медицинской организации определяется итоговый коэффициент результативности ($K_{РЕЗ}^i$) как соотношение суммы баллов за все достигнутые показатели результативности деятельности согласно Перечню ($КБ^i$) к максимально возможному для медицинской организации количеству баллов ($КБ_{МАКС}^i$). При этом учитываются показатели, включенные в разделы 1, 2 и 3 Перечня показателей, $КБ_{МАКС}^i = 41$.

При установлении на территории Саратовской области ограничительных мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией, показатели, включенные в Перечень показателей, не применяются, при этом значение критерия оценки результативности по данным показателям принимается равным максимальному значению критерия оценки (от 1 до 3).

Итоговая сумма средств на стимулирующие выплаты в расчете на 1 прикрепленное застрахованное лицо ($ИС_{РД}$) по следующей формуле:

$$ИС_{РД} = С_{РД} \times K_{РЕЗ}^i.$$

Фактический объем средств, направляемых на выплаты медицинской организации ($ФСумм_{РЕЗ}^i$) определяется последующей формуле:

$$ФСумм_{РЕЗ}^i = ИС_{РД} \times ЧЗ^i.$$

При выполнении показателей результативности в соответствии с установленными критериями проводится корректировка финансового плана учреждения. Значения коэффициента результативности, итоговой суммы средств на стимулирующие выплаты в расчете на 1 прикрепленное застрахованное лицо, а также фактического объема средств, направляемых на выплаты медицинской организации, за соответствующий период, устанавливаются Комиссией.

Тарифы на оплату медицинской помощи методами диализа, приведены в **приложении 19**.

Базовые тарифы на оплату гемодиализа (код услуги А18.05.002 "Гемодиализ") устанавливаются в размере 5 770,0 рублей и перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 "Перитонеальный диализ") в размере 4 100,0 рублей, рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов и включающие в себя расходы, определенные частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ.

Форма счетов и реестров счетов медицинских организаций устанавливается Территориальным фондом в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и Диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, 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 частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ.

В соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании расходы медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу и иные расходы не осуществляются за счет средств ОМС, за исключением медицинского оборудования, приобретаемого за счет средств ОМС, полученных за оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

Лекарственные препараты, медицинские изделия, необходимые для оказания стационарной медицинской помощи, медицинской помощи в условиях дневных стационаров, а также скорой и неотложной медицинской помощи применяются в соответствии с Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (приложение 4 к Территориальной программе), стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

Организация питания должна осуществляться в соответствии с нормативно-правовыми актами, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Средства на оплату труда расходуются медицинскими организациями на основании нормативных актов по оплате труда, разработанных в соответствии требованиями законодательства, с учетом особенностей оплаты труда отдельных категорий медицинских работников.

Расходы на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, включая 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.

Медицинские организации обязаны использовать средства ОМС, полученные за оказанную медицинскую помощь, на статьи затрат, включенные в структуру тарифа.

4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

За нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по территориальной программе ОМС, определенные Порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н, применяются санкции (неоплата, неполная оплата затрат на оказание медицинской помощи и штрафы) в размерах, установленных пунктами 154, 155 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения РФ от 28.02.2019 № 108н. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), размеры неоплаты, неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества приведены в **приложении 20**.

Финансовые санкции по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц, начисляются исходя из тарифов на медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях, установленных для межтерриториальных расчетов.

Финансовые санкции по результатам контроля объемов, сроков, качества и

условий предоставления скорой медицинской помощи начисляются, исходя из стоимости одного вызова, равной 2 835,0 рублей.

5. Заключительные положения

Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания, распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2022 года, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение текущего финансового года.

В тарифное соглашение вносятся изменения:

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

б) при внесении изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями;

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

г) при внесении изменений в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», приводящих к изменению структуры и содержания тарифного соглашения;

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

е) при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации решений, приводящих к необходимости внесения изменений в тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

Внесение изменений и дополнений в тарифное соглашение производится по решению Комиссии путем заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

**Первый заместитель министра
здравоохранения Саратовской
области**



Е.А. Степченкова

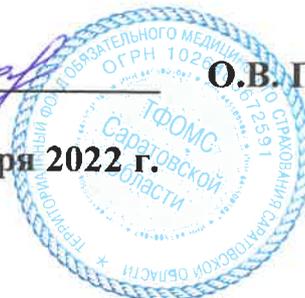
«31» января 2022 г.

**Первый заместитель директора
Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Саратовской области**

Потапова

О.В. Потапова

«31» января 2022 г.



**Заместитель директора филиала
ООО «Капитал МС»
в Саратовской области**

Соколова

В.Л. Соколова

«31» января 2022 г.



**Президент Ассоциации
«Медицинская Палата
Саратовской области»**



Агапов

В.В. Агапов

«31» января 2022 г.

**Председатель Саратовской
областной организации
профессионального союза
работников здравоохранения
Российской Федерации**



Прохоров

С.А. Прохоров

«31» января 2022 г.