

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Г. Саратов

«30» января 2023 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 29 декабря 2022 года № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» (далее - Программа), постановления Правительства Саратовской области от 30 декабря 2022 года № 1372-П «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Саратовской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 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 министра здравоохранения Костина О.Н., 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), АО «МАКС-М» (Акционерное общество «Медицинская акционерная страховая компания») в лице директора Филиала АО «МАКС-М» в г. Саратове Кирюхиной Т.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 в круглосуточный стационар (случай лечения в дневном стационаре) - случай диагностики и лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

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

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

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

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

коэффициент дифференциации – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы;

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

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

коэффициент уровня медицинской организации – устанавливаемый 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;

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

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

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

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, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе с оплатой за услугу диализа;

- 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, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа, приведенных в приложении 9.

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, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической

группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения); за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных **приложением 9**, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинко-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

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), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

- 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);

профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) 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, диспансеризация, в том числе углубленная диспансеризация, 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, в том числе включая показателей объема медицинской помощи (далее – подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания). 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), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средства на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) 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.

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, и диспансерного наблюдения осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрировано в Минюсте России 30 июня 2021 г. № 64042), от 10 августа 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (зарегистрировано в Минюсте России 18 августа 2017 г. № 47855), от 15 февраля 2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (зарегистрировано в Минюсте России 2 апреля 2013 г. № 27964), от 21 апреля 2022 г. № 275н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (зарегистрировано в Минюсте России 29 апреля 2022 г. № 68366), от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (зарегистрировано в Минюсте России 21 апреля 2022 г. № 68288) и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации установлены в зависимости от работы медицинской организации в субботу и вечерние часы в будние дни и использования для проведения профилактических осмотров и диспансеризации мобильных медицинских бригад.

Оплата случаев диспансерного наблюдения осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядком проведения диспансерного наблюдения, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья.

Тарифы на оплату диспансерного наблюдения устанавливаются дифференцировано в зависимости от профиля врача, проводящего диспансерное наблюдение, в зависимости от хронических заболеваний, функциональных расстройств, иных состояний, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение, а также в зависимости от проведенных в рамках комплексного посещения лабораторных и диагностических исследований.

Объем медицинских исследований, включаемых в комплексное посещение (за исключением диагнозов С00-D09), определен согласно Порядку проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденному приказом Минздрава России от 15.03.2022 № 168н. По диагнозам С00-D09 объем медицинских исследований, включаемых в комплексное посещение, определен согласно подпункту «г» пункта 9 Порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями, утвержденного приказом Минздрава России от 04.06.2020 № 548н, в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по соответствующим заболеваниям.

Дифференциация стоимости комплексного посещения на оплату случая диспансерного наблюдения в зависимости от заболевания и, соответственно, кратности посещений (БСК, онкологические болезни и иное).

Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «Медицинская реабилитация» осуществляется вне подушевого норматива финансирования – за соответствующую единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. При этом комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10–12 посещений. Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, а также методов реабилитации, определенных программами реабилитации. При этом, по решению лечащего врача консультация отдельных специалистов в рамках комплексного посещения может осуществляться, в том числе с использованием телемедицинских технологий (1-2 посещения).

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях осуществляется дифференцированно, в том числе в зависимости от заболевания (профиля заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация (заболевания центральной и периферической нервной системы, опорно-двигательной системы, сердечно-сосудистой системы, другие соматические заболевания).

Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках школ сахарного диабета осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) вне подушевого норматива финансирования. При этом комплексное посещение включает от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля.

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

Применение коэффициента дифференциации (при наличии) к стоимости услуги осуществляется с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи. Поправочные коэффициенты к стоимости услуг не применяются. Учитывая, что единицей планирования медицинской помощи в условиях дневного стационара является случай лечения, 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. В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

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

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) и устанавливаются с учетом применения различных видов и методов исследований систем, органов и тканей человека, обусловленных заболеваемостью населения.

Распределение объема отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических

диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала) 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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала) 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.

В рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования осуществляется проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции, на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов), в случае:

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

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

положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп, 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 программы 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 цикла ЭКО возможно осуществление криоконсервации полученных на III этапе эмбрионов.

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного

медицинского страхования не осуществляется.

Отнесение к КСГ случаев проведения ЭКО осуществляется на основании иных классификационных критериев «ivf1»-«ivf7», отражающих проведение различных этапов цикла ЭКО.

В случае если базовый цикл ЭКО завершен 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 цикла ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов («ivf5»), а также проведения в рамках случая госпитализации четырех этапов цикла 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 цикла ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов («ivf7»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.011 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4)».

В случае проведения цикла ЭКО с применением 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 тромболизиса 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 медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, медицинская помощь, оказываемая в рамках профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинская помощь, оказываемая в неотложной форме, 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: посещение (комплексное посещение), 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.

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, базовой ставки (средней стоимости законченного случая госпитализации в стационарных условиях (случая лечения в условиях дневного стационара)), коэффициентов относительной затратоемкости 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.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, составляет:

для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях — 6 133,2 рублей;

для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара — 1 601,8 рублей.

Стоимость одного случая госпитализации в стационарных условиях (случая лечения в условиях дневного стационара) ($СС_{КСГ}$) по КСГ, в составе которых

Программой не установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$CC_{КСГ} = БС \times КД \times КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + БС \times КД^* \times КСЛП, \text{ где:}$$

- БС — базовая ставка (средняя стоимость законченного случая госпитализации в стационарных условиях (случая лечения в условиях дневного стационара)), рублей;
- КД — коэффициент дифференциации;
* для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» КД принимается равным 1,0;
- КЗ_{КСГ} — коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;
- КС_{КСГ} — коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации
- КУС_{МО} — коэффициент подуровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
- КСЛП — коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

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

$$CC_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - Д_{ЗП}) + Д_{ЗП} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КД) + \\ + БС \times КД^* \times КСЛП, \text{ где:}$$

- БС — базовая ставка (средняя стоимость законченного случая госпитализации в стационарных условиях (случая лечения в условиях дневного стационара)), рублей;
- КЗ_{КСГ} — коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;
- Д_{ЗП} — 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);
- КД – коэффициент дифференциации;
 * для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» КД принимается равным 1,0.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовой ставки), составляет:

- в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях – 25 994,5 рублей с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001 и 25 968,5 рублей без учета коэффициента дифференциации;

- в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара – 15 044,1 рублей с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001 и 15 029,1 рублей без учета коэффициента дифференциации.

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

а. Диагноз (код по МКБ 10);

б. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 г. № 804н (далее – Номенклатура), а также,

при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);

с. Схема лекарственной терапии;

д. Международное непатентованное наименование (далее – МНН) лекарственного препарата;

е. Возрастная категория пациента;

ф. Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (далее – МКБ-10));

г. 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;

k. Длительность лечения;

l. Этап лечения, в том числе этап проведения экстракорпорального оплодотворения, долечивание пациентов с новой 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 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», стоимости 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 Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 июня 2013 г. № 395н «Об утверждении норм лечебного питания».

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.

При выделении подгрупп в составе базовой КСГ коэффициент специфики учитывается при расчете коэффициентов относительной затратоемкости выделенных подгрупп. К подгруппам в составе КСГ коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1,0).

Значение коэффициента специфики – от 0,8 до 1,4.

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

применяется (устанавливается в значении 1,0).

В случае применения коэффициента специфики с целью снижения рисков недофинансирования отдельных медицинских организаций в результате перехода на модель оплаты по КСГ его значение должно быть рассчитано с учетом фактических расходов на оказание медицинской помощи в рамках конкретной КСГ.

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 представлен в **приложении 9.4**.

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 в **приложении 9.5**.

Значения коэффициентов относительной затроемкости КСГ, коэффициентов специфики КСГ, доли заработной платы и прочих расходов в составе 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.

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, осуществляющих оказание медицинской помощи по профилям «Детская

онкология» и «Онкология», в том числе для центров амбулаторной онкологической помощи, коэффициент уровня (подуровня) не может быть установлен в размере 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) представлен в **приложении 9.6**, за исключением медицинской помощи в медицинских организациях и (или) структурных подразделениях медицинских организаций, расположенных на территории ЗАТО, в которых коэффициент уровня применяется в том числе при оплате медицинской помощи по КСГ, представленным в данном приложении.

Для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административных территориальных образований, размер коэффициента подуровня составляет не менее 1,2.

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) устанавливается к отдельным случаям оказания медицинской помощи.

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. При отсутствии оснований применения КСЛП его значение при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

Перечень случаев, для которых установлен КСЛП, представлен в **приложении 9.7**.

Перечень сочетанных хирургических вмешательств или случаев проведения однотипных операций на парных органах (уровень 1), при которых применяется КСЛП, приведен в **приложении 10.1**.

Перечень сочетанных хирургических вмешательств или случаев проведения однотипных операций на парных органах (уровень 2), при которых применяется КСЛП, приведен в **приложении 10.2**.

Перечень сочетанных хирургических вмешательств или случаев проведения однотипных операций на парных органах (уровень 3), при которых применяется КСЛП, приведен в **приложении 10.3**.

Перечень сочетанных хирургических вмешательств или случаев проведения однотипных операций на парных органах (уровень 4), при которых применяется КСЛП, приведен в **приложении 10.4**.

Перечень случаев проведения однотипных операций на парных органах (уровень 5), при которых применяется КСЛП, приведен в **приложении 10.5**.

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 (Перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний) с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно представлен в **приложении 9**).

Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения по основаниям 1-7) по КСГ, перечисленным в **приложении 9**, оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

9) случаи медицинской реабилитации - по КСГ st37.002, если длительность менее 14 дней; по КСГ st37.003, если длительность менее 20 дней; по КСГ st37.006, если длительность менее 12 дней; по КСГ st37.007, если длительность менее 18 дней; по КСГ st37.024 - st37.026, если длительность менее 30 дней.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по 2 КСГ по основаниям, приведенным ниже, по пунктам 2-9 случай до перевода не считается прерванным по основаниям прерванности пунктов 2-4.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям 1-6, 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.

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, приведен в **приложении 9.1**.

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, за исключением КСГ ds18.002 и КСГds12.012-ds12.015.

Перечень схем лекарственной терапии ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) при количестве дней введения в тарифе 3 дня и менее, приведен в **приложении 9.2**.

Перечень схем лекарственной терапии для оплаты медицинской помощи при противоопухолевой лекарственной терапии ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) при количестве дней введения в тарифе 4 дня и более представлен в **приложении 9.3**.

За законченный случай принимается случай госпитализации (лечения) для осуществления введения одному больному лекарственных препаратов длительностью, указанной в столбце «Количество дней введения в тарифе» **приложения 9.2** и **приложения 9.3**.

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.

Оплата случая лечения по КСГ st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)» осуществляется в сочетании с КСГ, определенной по коду основного заболевания. Выставление случая только по КСГ

st36.013-st36.015 без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013-st36.015 с пересекающимися сроками лечения не допускается 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;

Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги, представлен в **приложении 9.8**.

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
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 диализа в условиях дневного стационара при сочетании с КСГ ds18.002 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ» осуществляется за каждый случай 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 среднее количество услуг диализа, проведенного в условиях дневного стационара в течение одного месяца лечения.

По КСГ ds18.002 оплата 100% от тарифа осуществляется при длительности периода оказания медицинской помощи не менее 28 календарных дней включительно на отчетный период «февраль» и не менее 30 календарных дней включительно для остальных отчетных периодов. При длительности пребывания до 3-х пациенто-дней оплата производится в размере 20% от стоимости тарифа, с 4 пациенто-дня по 27 (29 для отчетных периодов не «февраль») пациенто-день – 50% от стоимости тарифа.

Оплата случаев лекарственной терапии при хроническом вирусном гепатите С в дневном стационаре осуществляется по КСГ ds12.012-ds12.015. За единицу объема медицинской помощи по КСГ принимается длительность лечения в течение 28 дней.

По КСГ ds12.012-ds12.015 оплата 100% от тарифа осуществляется при длительности периода оказания медицинской помощи не менее 28 календарных дней включительно. При длительности пребывания до 3-х пациенто-дней оплата производится в размере 20% от стоимости тарифа, с 4 пациенто-дня по 27 пациенто-день – 50% от стоимости тарифа.

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-C96.9, D45-D47.9), длительности и дополнительного классификационного критерия, включающего группу лекарственного препарата или МНН лекарственного препарата.

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 и метода лечения аналогичным параметрам, установленным перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи (Приложение № 1 к Программе), содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи. Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой.

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 - 34%; 2 группа - 39%; 3 группа - 22%; 4 группа - 31%; 5 группа - 7%; 6 группа - 50%; 7 группа - 34%; 8 группа - 49%; 9 группа - 28%; 10 группа - 25%; 11 группа - 20%; 12 группа - 18%; 13 группа - 17%; 14 группа - 38%; 15 группа - 29%; 16 группа - 22%; 17 группа - 31%; 18 группа - 27%; 19 группа - 55%; 20 группа - 37%; 21 группа - 23%; 22 группа - 38%; 23 группа - 36%; 24 группа - 35%; 25 группа - 26%; 26 группа - 20%; 27 группа - 45%; 28 группа - 35%; 29 группа - 35%; 30 группа - 25%; 31 группа - 39%; 32 группа - 23%; 33 группа - 34%; 34 группа - 22%; 35 группа - 19%; 36 группа - 36%; 37 группа - 56%; 38 группа - 50%; 39 группа - 44%; 40 группа - 54%; 41 группа - 46%; 42 группа - 34%; 43 группа - 20%; 44 группа - 17%; 45 группа - 14%; 46 группа - 10%; 47 группа - 10%; 48 группа - 9%; 49 группа - 17%; 50 группа - 15%; 51 группа - 38%; 52 группа - 17%; 53 группа - 52%; 54 группа - 18%; 55 группа - 15%; 56 группа - 25%; 57 группа - 33%; 58 группа - 23%; 59 группа - 45%; 60 группа - 9%; 61 группа - 29%; 62 группа - 32%; 63 группа - 20%; 64 группа - 27%; 65 группа - 32%; 66

группа - 17%, 67 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 размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, составляет 5 959,2 рублей.

Значение базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц определяется по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗ} = \left(\frac{ОС_{ПНФ}}{Ч_3 \times КД} \right) \times (1 - Рез), \text{ где:}$$

$ПН_{БАЗ}$ — базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей;

$ОС_{ПНФ}$ — объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, рублей;

$Рез$ — доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности;

$КД$ — коэффициент дифференциации.

Размер базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц составляет 2 514,11 рублей на год с учетом коэффициента дифференциации в

размере 1,001 и 2 511,60 рублей на год без учета коэффициента дифференциации (209,51 рублей в месяц с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001 и 209,30 рублей в месяц без учета коэффициента дифференциации).

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 среднемесячного количества прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц.

Среднемесячное количество прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц, определяется на основании данных единого регистра прикрепленного населения Саратовской области по состоянию на первое число отчетного месяца и первое число текущего месяца. Данные вносятся медицинскими организациями посредством web-приложения «Ведение базы прикрепленного населения».

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования ($ДП_H^i$) рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, а также коэффициентов по следующей формуле:

$$ДП_H^i = ПН_{БАЗ} \times КД_{пв}^i \times КД_{ур}^i \times КД_{зп}^i \times КД_{от}^i \times КД^i, \text{ где:}$$

- $ДП_H^i$ — дифференцированный подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц для i -той медицинской организации, рублей;
- $КД_{пв}^i$ — коэффициент половозрастного состава, для i -той медицинской организации;
- $КД_{ур}^i$ — коэффициент уровня расходов медицинских организаций, для i -той медицинской организации;
- $КД_{зп}^i$ — коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i -той медицинской организации;
- $КД_{от}^i$ — 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, для i -той медицинской организации;
- $КД^i$ — коэффициент дифференциации для i -той медицинской организации.

Значения коэффициентов половозрастного состава в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для медицинских организаций определяются на основе значений единых для всех медицинских организаций половозрастных коэффициентов дифференциации в разрезе половозрастных групп, установленных **приложением 12.1**. При этом для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше устанавливается значение половозрастного коэффициента в размере не менее 1,6.

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, применяется в отношении медицинских организаций (юридических лиц) имеющих указанные подразделения (в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями).

К подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц такой медицинской организации, с учетом расходов на ее содержание и оплату труда персонала, исходя из расположения и отдаленности обслуживаемых территорий применяются следующие коэффициенты дифференциации 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 ($K_{\text{Дот}}^i$), объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

$$K_{\text{Дот}}^i = (1 - \sum D_{\text{от}j}) + \sum (K_{\text{Дот}j} \times D_{\text{от}j}), \text{ где}$$

$K_{\text{Дот}}^i$ – 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);

- $Д_{отj}$ – 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)
- $КД_{отj}$ – 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 базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, коэффициента половозрастного состава, коэффициента уровня расходов медицинской организации, коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Саратовской области, 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, для i -той медицинской организации, коэффициента дифференциации, а также дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц в разрезе медицинских организаций представлены в **приложении 12**.

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

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 на прикрепившихся лиц, по итогам полугодия.

Выплаты по итогам второго полугодия распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за декабрь предыдущего года – ноябрь текущего года (включительно) и включаются в счет за декабрь.

Объем средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае выполнения медицинскими организациями критериев результативности деятельности, по итогам первого полугодия, составляет 50% от общего объема средств, направляемых на такие выплаты на год. При этом объем средств, направляемых на выплаты медицинским организациям по итогам второго полугодия, может корректироваться в случае изменения объема финансового обеспечения медицинской помощи, оплачиваемой по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

Оценка выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций осуществляется в баллах. Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и их ранжирование проводится ежеквартально и оформляется решением Комиссии, которое доводится до сведения медицинских организаций не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

Перечень показателей, по которым осуществляется оценка выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, а также значения показателя оценки и соответствующее ему значение критерия оценки в баллах представлены в **приложении 20**.

Средние, максимально возможные и минимально возможные значения показателей, по которым осуществляется оценка выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций, в целом по Саратовской области представлены в **приложении 20.1**.

Предоставление в Комиссию сведений по показателям 6, 15, 21, 22, 25 **приложения 20** осуществляется министерством здравоохранения Саратовской области, по остальным показателям **приложения 20** – ТФОМС Саратовской области.

При оценке показателей медицинские организации распределяются на следующие группы:

- медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь взрослому населению (не имеющие в своем составе женской консультации) – перечень медицинских организаций представлен в **приложении 3.6** – учитываются показатели, включенные в раздел 1 вышеуказанного перечня показателей, максимальная сумма баллов составляет 19;

- медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь взрослому населению (имеющие в своем составе женскую консультацию) – перечень медицинских организаций представлен в **приложении 3.7** – учитываются показатели, включенные в разделы 1 и 3 вышеуказанного перечня показателей, максимальная сумма баллов составляет 25;

- медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь детскому населению – перечень медицинских организаций представлен в **приложении 3.8** – учитываются показатели, включенные в раздел 2 вышеуказанного перечня, максимальная сумма баллов составляет 7;

- медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь взрослому населению (имеющие 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 вышеуказанного перечня показателей, максимальная сумма баллов составляет 32.

С учетом фактического выполнения показателей, медицинские организации распределяются на три группы в зависимости от выполнения показателей:

- I – выполнившие до 40 процентов показателей;
- II – выполнившие от 40 до 60 процентов показателей;
- III – выполнившие не менее 60 процентов показателей.

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности ($ОС_{РД}^j$) за соответствующий j -тый период, складывается из двух частей.

1 часть – распределение 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций II и III групп с учетом численности прикрепленного населения. Размер средств в расчете на 1 прикрепленное застрахованное лицо определяется по следующей формуле:

$$ОС_{НАС}^j = \frac{0,7 \times ОС_{РД}^j}{ЧЗ^j}, \text{ где:}$$

$ОС_{НАС}^j$ – объем средств, используемый при распределении 70 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j -ый период, в расчете на 1 прикрепленное лицо (рублей);

$ЧЗ^j$ – среднемесячная численность прикрепленного населения в j -м периоде ко всем медицинским организациям II и III групп.

Предварительный объем средств, направляемых в i -ю медицинскую организацию II и III групп за j -тый период при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности ($ОС_{РД(НАС)_i}^j$) определяется по следующей формуле:

$$ОС_{РД(нас)}^j_i = ОС^j_{НАС} \times ЧЗ^j_i, \text{ где:}$$

$ЧЗ^j_i$ – среднемесячная численность прикрепленного населения в j -м периоде к i -ой медицинской организации II и III групп.

2 часть – распределение 30 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующей период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов за j -тый период ($\sum_i КБ^i_j$). Стоимость 1 балла определяется по следующей формуле:

$$ОС^j_{БАЛЛ} = \frac{0,3 \times ОС^j_{РД}}{\sum_i КБ^i_j}, \text{ где:}$$

$ОС^j_{БАЛЛ}$ – объем средств, используемый при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j -ый период, в расчете на 1 балл (рублей);

Предварительный объем средств, направляемый в i -ю медицинскую организацию III группы за j -тый период, при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций ($ОС_{РД(балл)}^j_i$), определяется по следующей формуле:

$$ОС_{РД(балл)}^j_i = ОС^j_{БАЛЛ} \times КБ^i_j, \text{ где:}$$

$КБ^i_j$ – сумма баллов за все достигнутые показатели результативности деятельности согласно Перечню показателей i -той медицинской организацией за j -тый период.

Предварительный общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности, за j -тый период для i -той медицинской организации ($ОС_{РД}^j_i$), определяется следующим образом:

- для медицинской организации, включенной в I группу:

$$ОС_{РД}^j_i = 0;$$

- для медицинской организации, включенной во II группу:

$$OC_{PD_i}^j = OC_{PD(нас)_i}^j;$$

- для медицинской организации, включенной в III группу:

$$OC_{PD_i}^j = OC_{PD(нас)_i}^j + OC_{PD(балл)_i}^j.$$

Итоговый объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности, за j -тый период для i -той медицинской организации ($OC_{итог_i}^j$), определяется по следующей формуле:

$$OC_{итог_i}^j = OC_{PD_i}^j \times \frac{Числ_i^j}{\sum_i Числ_i^j} \times Ко_i^j, \text{ где:}$$

$Числ_i^j$ – среднемесячная численность прикрепленного населения в j -м периоде к i -ой медицинской организации, в которой оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц;

$Ко_i^j$ – Коэффициент, характеризующий фактическое выполнение установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний, за j -тый период для i -той медицинской организации

Коэффициент, характеризующий фактическое выполнение установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний, за j -тый период для i -той медицинской организации ($Ко_i^j$), определяется как среднее арифметическое выполнения i -той медицинской организацией указанных объемов предоставления медицинской помощи в пересчете на j -тый период (в долях). При этом значение фактического объема предоставления медицинской помощи определяется по данным персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за j -тый период.

В случае если расчетное значение $Ко_i^j$ для i -той медицинской организации за j -тый период составит 0,9 и более, значение коэффициента принимается равным 1,0.

Доведение до медицинских организаций итогового объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности за j -тый период, осуществляется путем увеличения дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц для соответствующей медицинской организации на месяц, в котором осуществляется выплата, на основании решения Комиссии.

В зависимости от итогового объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности за j -тый период для i -той медицинской организации, определяется значение коэффициента результативности (KP_i^j) по каждой медицинской организации, в которой оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, по следующей формуле:

$$KP_i^j = 1 + \frac{OC_{итог}_i^j}{ФДПН_i \times ЧН_i}, \text{ где:}$$

- $ФДПН_i$ фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности i -той медицинской организации на месяц, в котором осуществляется выплата, рублей;
- $ЧЗ_i^j$ численность застрахованных лиц, прикрепившихся к i -той медицинской организации (на основании данных единого регистра прикрепленного населения Саратовской области), по состоянию на 1 число месяца, следующего за месяцем, в котором осуществляется выплата.

Фактический дифференцированный подушевой норматив для i -той медицинской организации, в которой оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, на месяц, в котором осуществляется выплата, с учетом коэффициента результативности ($ФДПН_{кр}^i$), рассчитывается по формуле:

$$ФДПН_{кр}^i = ФДПН_i \times KP_i^j.$$

В условиях распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методика расчета показателя может быть скорректирована на предмет исключения из расчета периода, когда деятельность медицинской организации (в части соответствующего направления деятельности) была приостановлена приказом руководителя медицинской организации за расчетный период путем перерасчета к значению за период.

Значения коэффициента результативности, а также фактического дифференцированного подушевого норматива для медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом коэффициента результативности, 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 1.6.

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).

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 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 за посещение, приведенным в **приложении 13.1**.

Тариф на оплату комплексного посещения по медицинской реабилитации приведен в **приложении 13.2**.

Тарифы на оплату посещений в центрах здоровья приведены в **приложении 13.3**.

Объем комплексного обследования в рамках посещений 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, в том числе углубленной диспансеризации, установлены:

- на комплексное посещение для проведения первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, в т.ч. в вечерние часы в будние дни и субботу – **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 вечерние часы в будние дни и субботу, и комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров

взрослого населения с применением мобильных медицинских бригад – **приложением 13.6;**

- на комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, в т.ч. в вечерние часы в будние дни и субботу – **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 вечерние часы в будние дни и субботу – **приложением 13.8;**

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

- на оплату углубленной диспансеризации – **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.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках диспансерного наблюдения, приведены в **приложении 13.11.**

Тариф на комплексное посещение школы сахарного диабета представлены в **приложении 13.12.**

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

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 2023 год (без учета коэффициента дифференциации):

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей – 1174,2 тыс. рублей,

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей – 1860,3 тыс. рублей,

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей – 2088,9,0 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 2023 год с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001:

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей – 470,1 тыс. рублей,
- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей – 1175,4 тыс. рублей,
- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей – 1862,2 тыс. рублей,
- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей – 2091,0 тыс. рублей
- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 2000 жителей – 2091,0 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 размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в части скорой медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией, составляет 921,6 рублей.

Значение базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи определяется по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗ} = \frac{ОС_{СМП} - ОС_{В}}{Ч_3 \times КД}, \text{ где:}$$

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

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

$КД$ единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи составляет 905,26 рублей на год с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001 и 904,36 рублей на год без учета коэффициента дифференциации (75,44 рублей в месяц с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001 и 75,36 рублей в месяц без учета коэффициента дифференциации).

Объем финансирования скорой медицинской помощи рассчитывается ежемесячно исходя из дифференцированного подушевого норматива финансирования и среднемесячного количества застрахованных лиц на территории обслуживания скорой медицинской помощи.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования ($ДП_N^i$) рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, а также коэффициентов по следующей формуле:

$$ДП_{\text{Н}}^i = ПН_{\text{БАЗ}} \times КД_{\text{пв}}^i \times КД_{\text{ур}}^i \times КД_{\text{зп}}^i \times КД^i, \text{ где:}$$

- $ДП_{\text{Н}}^i$ – дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей;
- $КД_{\text{пв}}^i$ – коэффициент половозрастного состава, для i -той медицинской организации;
- $КД_{\text{ур}}^i$ – коэффициент уровня расходов медицинских организаций, для i -той медицинской организации;
- $КД_{\text{зп}}^i$ – коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i -той медицинской организации;
- $КД^i$ – коэффициент дифференциации для i -той медицинской организации.

Значения коэффициентов половозрастного состава в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, для медицинских организаций определяются на основе значений единых для всех медицинских организаций половозрастных коэффициентов дифференциации в разрезе половозрастных групп, установленных **приложением 16.1**.

Значения коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Саратовской области, принимается равным 1,0.

Значения базового подушевого норматива финансирования, применяемого при оплате скорой медицинской помощи, коэффициента половозрастного состава, коэффициента уровня расходов медицинских организаций, коэффициента дифференциации, а также дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, в разрезе медицинских организаций представлены в **приложении 16**.

Численность застрахованных лиц на территории обслуживания скорой медицинской помощи, определяется на основании данных персонифицированного 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 среднемесячное количество застрахованных лиц на территории обслуживания скорой медицинской помощи. 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 тромболизиса.

Медицинские организации ежемесячно формируют и представляют в установленном порядке счет на оплату скорой медицинской помощи и реестр счета в Территориальный фонд.

При осуществлении расчетов за скорую медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами Саратовской области, стоимость медицинской помощи, определяется, исходя из стоимости одного вызова, равной 3 159,8 рублей.

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

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

Указанный подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц для медицинской организации складывается из рассчитанного фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц для данной медицинской организации, не включающего медицинскую помощь в неотложной форме, а также объем средств на финансовое обеспечение медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

При применении указанного способа оплаты из общего объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ, исключаются средства, направляемые на оплату медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в медицинские организации, оплата медицинской помощи в стационарных

условиях и в условиях дневного стационара для которых осуществляется в рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования (в части медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания) составляет 5 016,7 рублей.

Размер базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания составляет 4 538,16 рублей на год с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001 и 4 533,63 рублей на год без учета коэффициента дифференциации (378,18 рублей в месяц с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001 и 377,80 рублей в месяц без учета коэффициента дифференциации).

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 коэффициентов (аналогично подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц);

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

3) значения базового подушевого норматива финансирования в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, и применяемого к нему коэффициента уровня расходов 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, и применяемых к ним коэффициентов, 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 исходя из среднемесячного количества прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц, на основании данных единого регистра прикрепленного населения Саратовской области. 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 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, по итогам полугодия.

Выплаты по итогам второго полугодия распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за декабрь предыдущего года – ноябрь текущего года (включительно) и включаются в счет за декабрь.

Объем средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае выполнения медицинскими организациями критериев результативности деятельности, по итогам первого полугодия, составляет 50% от общего объема средств, направляемых на такие выплаты на год. При этом объем средств, направляемых на выплаты медицинским организациям по итогам второго полугодия, может корректироваться в случае изменения объема финансового обеспечения медицинской помощи, оплачиваемой по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

Оценка выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций осуществляется в баллах.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и их ранжирование проводится ежеквартально и оформляется решением Комиссии, которое доводится до сведения

медицинских организаций не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом

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, а также значения показателя оценки и соответствующее ему значение критерия оценки в баллах представлены в **приложении 20**.

Средние, максимально возможные и минимально возможные значения показателей, по которым осуществляется оценка выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций, в целом по Саратовской области представлены в **приложении 20.1**.

Предоставление в Комиссию сведений по показателям 6, 15, 21, 22, 25 **приложения 20** осуществляется министерством здравоохранения Саратовской области, по остальным показателям **приложения 20** – ТФОМС Саратовской области.

Для медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, максимальная сумма баллов составляет 32.

С учетом фактического выполнения показателей, медицинские организации распределяются на три группы в зависимости от выполнения показателей:

- I – выполнившие до 40 процентов показателей;
- II – выполнившие от 40 до 60 процентов показателей;
- III – выполнившие не менее 60 процентов показателей.

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности ($OC_{\text{РД}}^j$) за соответствующий j -тый период, складывается из двух частей.

1 часть – распределение 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций II и III групп с учетом численности прикрепленного населения. Размер средств в расчете на 1 прикрепленное застрахованное лицо определяется по следующей формуле:

$$OC_{\text{НАС}}^j = \frac{0,7 \times OC_{\text{РД}}^j}{\text{ЧЗ}^j}, \text{ где:}$$

$OC_{\text{НАС}}^j$ – объем средств, используемый при распределении 70 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j -ый период, в расчете на 1 прикрепленное лицо (рублей);

ЧЗ^j – среднемесячная численность прикрепленного населения в j -м периоде ко всем медицинским организациям II и III групп.

Предварительный объем средств, направляемых в i -ю медицинскую организацию II и III групп за j -тый период при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности ($ОС_{РД(нас)}^j$) определяется по следующей формуле:

$$ОС_{РД(нас)}^j = ОС_{НАС}^j \times ЧЗ_i^j, \text{ где:}$$

$ЧЗ^j$ – среднемесячная численность прикрепленного населения в j -м периоде к i -ой медицинской организации II и III групп.

2 часть – распределение 30 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующей период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов за j -тый период ($\sum_i КБ_j^i$). Стоимость 1 балла определяется по следующей формуле:

$$ОС_{БАЛЛ}^j = \frac{0,3 \times ОС_{РД}^j}{\sum_i КБ_j^i}, \text{ где:}$$

$ОС_{БАЛЛ}^j$ – объем средств, используемый при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j -ый период, в расчете на 1 балл (рублей);

Предварительный объем средств, направляемый в i -ю медицинскую организацию III группы за j -тый период, при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций ($ОС_{РД(балл)}^j$), определяется по следующей формуле:

$$ОС_{РД(балл)}^j = ОС_{БАЛЛ}^j \times КБ_j^i, \text{ где:}$$

$КБ_j^i$ – сумма баллов за все достигнутые показатели результативности деятельности согласно Перечню показателей i -той медицинской организацией за j -тый период.

Предварительный общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности, за j -тый период для i -той медицинской организации ($ОС_{РД}^j$), определяется следующим образом:

- для медицинской организации, включенной в I группу:

$$ОС_{РД_i}^j = 0;$$

- для медицинской организации, включенной во II группу:

$$ОС_{РД_i}^j = ОС_{РД(нас)_i}^j;$$

- для медицинской организации, включенной в III группу:

$$ОС_{РД_i}^j = ОС_{РД(нас)_i}^j + ОС_{РД(балл)_i}^j.$$

Итоговый объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности, за j -тый период для i -той медицинской организации ($ОС_{итог_i}^j$), определяется по следующей формуле:

$$ОС_{итог_i}^j = ОС_{РД_i}^j \times \frac{Числ_i^j}{\sum_i Числ_i^j} \times Ко_i^j, \text{ где:}$$

$Числ_i^j$ – среднемесячная численность прикрепленного населения в j -м периоде к i -ой медицинской организации, в которой оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания;

$Ко_i^j$ – Коэффициент, характеризующий фактическое выполнение установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний, за j -тый период для i -той медицинской организации

Коэффициент, характеризующий фактическое выполнение установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний, за j -тый период для i -той медицинской организации ($Ко_i^j$), определяется как среднее арифметическое выполнения i -той медицинской организацией указанных объемов предоставления медицинской помощи в пересчете на j -тый период (в долях). При этом значение фактического объема предоставления медицинской помощи определяется по данным персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за j -тый период.

В случае если расчетное значение Ko_i^j для i -той медицинской организации за j -тый период составит 0,9 и более, значение коэффициента принимается равным 1,0.

Доведение до медицинских организаций итогового объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности за j -тый период, осуществляется путем увеличения дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания для соответствующей медицинской организации на месяц, в котором осуществляется выплата, на основании решения Комиссии.

В зависимости от итогового объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности за j -тый период для i -той медицинской организации, определяется значение коэффициента результативности (KP_i^j) по каждой медицинской организации, в которой оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, по следующей формуле:

$$KP_i^j = 1 + \frac{OC_{итог}_i^j}{ФДПН_i \times ЧН_i}, \text{ где:}$$

$ФДПН_i$ фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания с учетом показателей результативности деятельности i -той медицинской организации на месяц, в котором осуществляется выплата, рублей;

$ЧЗ_i^j$ численность застрахованных лиц, прикрепившихся к i -той медицинской организации (на основании данных единого регистра прикрепленного населения Саратовской области), по состоянию на 1 число месяца, следующего за месяцем, в котором осуществляется выплата.

Фактический дифференцированный подушевой норматив для i -той медицинской организации, в которой оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, на месяц, в котором осуществляется выплата, с учетом коэффициента результативности ($ФДПН_{кр}^i$), рассчитывается по формуле:

$$ФДПН_{кр}^i = ФДПН_i \times KP_i^j.$$

В условиях распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методика расчета показателя может быть скорректирована на предмет исключения из расчета периода, когда деятельность медицинской организации (в части

соответствующего направления деятельности) была приостановлена приказом руководителя медицинской организации за расчетный период путем перерасчета к значению за период.

Значения коэффициента результативности, а также фактического дифференцированного подушевого норматива для медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, с учетом коэффициента результативности, устанавливаются Комиссией.

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

Базовые тарифы на оплату гемодиализа (код услуги A18.05.002 «Гемодиализ») устанавливаются в размере 5 770,0 рублей и перитонеального диализа (код услуги A18.30.001 «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.

Затраты на содержание объектов движимого имущества могут включать затраты на арендную плату, в том числе на финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга в соответствии со статьей 624 Гражданского кодекса Российской Федерации при отсутствии у медицинской организации в течение трех месяцев просроченной кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования с ограничением платежа в размере до одного миллиона рублей в год за один объект лизинга. В случае наличия у медицинской организации просроченной кредиторской задолженности в течение трех месяцев, расходы на финансовую аренду объектов (лизинг) или приобретение предмета лизинга осуществляются в размере, не превышающем ста тысяч рублей.

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, в том числе денежные выплаты:

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

медицинским работникам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам, 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 21**.

Финансовые санкции по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в амбулаторных условиях, 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 3 159,8 рублей.

Финансовые санкции по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, начисляются исходя из тарифов на медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях, установленных для межтерриториальных расчетов, а также тарифов на оплату медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

5. Заключительные положения

Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания, распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2023 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.

**Министр здравоохранения
Саратовской области**

О.Н. Костин

«30» января 2023 г.

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

О.В. Потапова

«30» января 2023 г.

**Директор Филиала АО
«МАКС-М» в г. Саратове**

Т.В. Кирюхина

«30» января 2023 г.

Заместитель директора филиала
ООО «Капитал МС»
в Саратовской области



В.Л. Соколова

«30» января 2023 г.

Президент Ассоциации
«Медицинская Палата
Саратовской области»



В.В. Агапов

«30» января 2023 г.

Председатель Саратовской
областной организации
профессионального союза
работников здравоохранения
Российской Федерации



С.А. Прохоров

«30» января 2023 г.