

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Саратов

30 января 2025 г.

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 27 декабря 2024 года № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» (далее - Программа), постановления Правительства Саратовской области от 28 декабря 2024 года № 1127-П «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Саратовской области на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 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 Дудакова В.А., Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Саратовской области в директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Саратовской области (далее - Территориальный фонд) Заречнева С.М., 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 АСП ООО «Капитал МС» - Филиала 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 или случай лечения в дневном стационаре (далее также - случай лечения) - 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 затратоемкости и поправочных коэффициентов;

базовая ставка - размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в группу заболеваний, состояний, который без учета коэффициента дифференциации устанавливается не ниже минимальных размеров базовых ставок, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, утверждаемой в составе Программы;

коэффициент относительной затратоемкости - устанавливаемый Программой коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ 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 и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для субъекта Российской Федерации;

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, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

коэффициент подуровня медицинской организации - устанавливаемый тарифным соглашением коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций одного уровня, обусловленных 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 поименные 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 (далее - госпитализация), 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 в сочетании 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, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении 9, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

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, смерти пациента, 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, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

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.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений

медицинских организаций), оказывающих процедуру ЭКО в условиях дневного стационара, представлен в приложении 2.1.

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), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее - ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, 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, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;

профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и (или) обучающихся в образовательных организациях;

медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому) на прикрепившихся лиц включает, в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, за исключением расходов на оплату телемедицинских консультаций, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения, проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Участник специальной военной операции имеет право на консультирование медицинским психологом как при самостоятельном обращении, так и по направлению лечащего врача на всех этапах оказания медицинской помощи.

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 и диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин 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 показатели 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, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, ведения школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе сахарного диабета, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также расходы на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, в том числе центрами здоровья, и расходы на финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому) на прикрепившихся лиц включает, в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, за исключением расходов на оплату телемедицинских консультаций, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения, проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования.

На всех этапах оказания медицинской помощи участник специальной военной операции имеет право на консультирование медицинским психологом как при самостоятельном обращении, так и по направлению лечащего врача.

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, смерти пациента.

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, гемодиализация).

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, акушерами и другими медицинскими работниками со средним профессиональным медицинским образованием;

- первичной врачебной медико-санитарной помощи врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами);

- 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 и диспансерного наблюдения, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

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. Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации за счет средств обязательного медицинского страхования установлены с учетом в том числе расходов, связанных с использованием систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) (при проведении маммографии, рентгенографии или флюорографии грудной клетки, компьютерной томографии органов грудной клетки).

Диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц.

Диспансерное наблюдение проводится в порядке, утвержденном Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Оплата случаев диспансерного наблюдения лиц от 18 лет и старше, состоящих на диспансерном наблюдении, осуществляется за комплексное

посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядками проведения диспансерного наблюдения, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья.

Тарифы на оплату диспансерного наблюдения за комплексное посещение устанавливаются дифференцировано в зависимости от специальности 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. В тарифы на оплату комплексных посещений в рамках диспансерного наблюдения не включаются расходы, связанные с проведением отдельных диагностических исследований, по которым Программой установлены отдельные нормативы финансовых затрат.

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, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, - за соответствующую единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

Оплату медицинской реабилитации в амбулаторных условиях осуществляется дифференцированно, в том числе в зависимости от оценки состояния пациента по ШРМ (1-3 балла) и заболевания (профиля заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация (при заболеваниях центральной нервной системы по баллам ШРМ; при кардиологических заболеваниях по баллам ШРМ; при заболеваниях опорно-двигательного аппарата по баллам ШРМ; после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19) по баллам ШРМ; при других соматических заболеваниях по баллам ШРМ).

Медицинская помощь при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета оплачивается вне подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях за единицу объема.

Медицинская помощь в рамках школ сахарного диабета оплачивается за комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля.

Медицинская организация ведет соответствующую документацию, подтверждающую факт оказанной медицинской помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета, (ведет персонифицированный учет пациентов, прошедших обучение в школах для больных сахарным диабетом, с указанием ФИО пациента, даты, сроков и количества часов проведенного обучения и др.).

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 -

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, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, 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.

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, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ) осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний в сроки, установленные Территориальной программой.

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, диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, диспансерного наблюдения, медицинская помощь, оказываемая в неотложной форме, проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, ведения школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе сахарным диабетом, оплачивается за единицу объема медицинской помощи:

посещение (комплексное посещение), медицинскую услугу;

- скорая медицинская помощь, оказываемая вне медицинской организации, оплачивается по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, а также за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (в случае проведения тромболизиса выездной бригадой скорой медицинской помощи и при межтерриториальных расчетах).

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.

За счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы ОМС осуществляется проведение патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в указанных медицинских организациях.

При этом возмещение расходов медицинской организации, имеющей в своей структуре патолого-анатомическое отделение, на проведение патологоанатомических вскрытий осуществляется в рамках оплаты прерванного случая госпитализации по соответствующей клинико-статистической группе заболеваний/состояний.

При проведении патолого-анатомических вскрытий пациентов, умерших в стационаре медицинских организаций, в которых отсутствуют патолого-анатомическое отделение, оплата патолого-анатомических вскрытий осуществляется по отдельным тарифам, представленным в тарифном соглашении для проведения межучрежденческих взаиморасчетов, и приведены в приложении 22.

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)), коэффициента дифференциации, коэффициентов относительной затратоемкости по КСГ, коэффициентов уровня (подуровня) 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 – 8 620,1 рублей;

для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара - 1 978,4 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:

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

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

KUS_{MO} коэффициент уровня/подуровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

$K_{СЛП}$ коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых $K_{СЛП}$).

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:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - Д_{ЗП}) + Д_{ЗП} \times КС_{КСГ} \times KUS_{MO} \times КД^*) + БС \times КД^* \times K_{СЛП}, \text{ где:}$$

$БС$ 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

KUS_{MO} коэффициент уровня/подуровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

$K_{СЛП}$ коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых $K_{СЛП}$);

$КД$ коэффициент дифференциации;

* для $K_{СЛП}$ «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 - 32 152,2 рублей с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001 и 32 120,20 рублей без учета коэффициента дифференциации;

- в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара - 17 639,6 - рублей с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001 и 17 622,0 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 13.10.2017 № 804н (далее - Номенклатура), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);

- с. Схема лекарственной терапии;
- d. Международное непатентованное наименование (далее - МНН) лекарственного препарата;
- е. Возрастная категория пациента;
- f. Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (далее - МКБ-10));
- g. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации; индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);
- h. Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);
- i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- j. Пол;
- к. Длительность лечения;
- l. Этап лечения, в том числе этап проведения экстракорпорального оплодотворения, долечивание пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), посттрансплантационный период после пересадки костного мозга;
- m. Показания к применению лекарственного препарата;
- n. Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;
- о. Степень тяжести заболевания;
- р. 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 госпитализации, или для проведения соответствующего хирургического вмешательства.

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 года № 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 затроемкости 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, коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников в медицинских организациях, 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 - 1,2;

- 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 - 1,0.

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) установлен в размере 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.

КСЛП в случае проведения сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых может быть применен в случае, если проведение сопроводительной терапии предусмотрено соответствующими клиническими рекомендациями, в рамках госпитализаций в стационарных условиях по КСГ st19.163 - st19.181; в условиях дневного стационара по КСГ ds19.135 - ds19.156. При использовании схем лекарственной терапии, предусматривающих применение лекарственных препаратов филграстим, деносумаб, эмпэгфилграстим, КСЛП «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых» не применяется. 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.

В целях распределения и доведения до медицинских организаций иных межбюджетных трансфертов бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, в рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в целях сохранения целевых показателей оплаты труда отдельных категорий медицинских работников, определенных Указом № 597, Комиссия вправе установить значения коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации в соответствии с Указом № 597, использование которых предусмотрено Требованиями, для отдельных медицинских организаций.

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 прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
- 6) случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (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, st37.030, если длительность менее 18 дней; по КСГ st37.024 - st37.026, если длительность менее 30 дней; по КСГ st37.031, если длительность менее 17 дней; а также случаев лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ dsl2.020-dsl2.027, если длительность менее 28 дней

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по 2 КСГ по основаниям, приведенным ниже, по пунктам 2-10 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 КСГ dsl2.020-dsl2.027.

Перечень схем лекарственной терапии ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) и перечень схем лекарственной терапии с применением генноинженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов при количестве дней введения в тарифе 3 дня и менее, приведен в приложении 9.2 и 9.2.1.

Перечень схем лекарственной терапии ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) и перечень схем лекарственной терапии с применением генноинженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов при количестве дней введения в тарифе 4 дня и более представлен в приложении 9.3 и 9.3.1.

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, 9.2.1, 9.3, 9.3.1.

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 портсистемы (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 ауто крови, 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.

10. В случае длительности госпитализации при лекарственной терапии пациентов со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей более 30 дней.

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.

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

Оплата случаев лечения в условиях круглосуточного стационара и в условиях дневного стационара при оказании услуг диализа осуществляется по КСГ и за услугу диализа с учетом количества фактически выполненных услуг. За единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения, в стационарных условиях - лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

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 В и С в дневном стационаре осуществляется по КСГ dsl2.020 - dsl2.027. За единицу объема медицинской помощи по КСГ принимается длительность лечения в течение 28 дней.

По КСГ dsl2.022 - dsl2.027 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. 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 - 37%; 2 группа - 43%; 3 группа - 18%; 4 группа - 19%; 5 группа - 25%; 6 группа - 34%; 7 группа - 8%; 8 группа - 54%; 9 группа - 37%; 10 группа - 52%; 11 группа - 31%; 12 группа - 28%; 13 группа - 22%; 14 группа - 20%; 15 группа - 19%; 16 группа - 41%; 17 группа - 32%; 18 группа - 2%; 19 группа - 24%; 20 группа - 33%; 21 группа - 30%; 22 группа - 59%; 23 группа - 40%; 24 группа - 26%; 25 группа - 41%; 26 группа - 39%; 27 группа - 38%; 28 группа - 29%; 29 группа - 23%; 30 группа - 48%; 31 группа - 39%; 32 группа - 38%; 33 группа - 27%; 34 группа - 9%; 35 группа - 42%; 36 группа - 25%; 37 группа - 37%; 38 группа - 24%; 39 группа - 22%; 40 группа - 33%; 41 группа - 22%; 42 группа - 45%; 43 группа - 39%; 44 группа - 58%; 45 группа - 50%; 46 группа - 37%; 47 группа - 16%; 48 группа - 13%; 49 группа - 11%; 50 группа - 9%; 51 группа - 8%; 52 группа - 7%; 53 группа - 20%; 54 группа - 17%; 55 группа - 41%; 56 группа - 19%; 57 группа - 56%; 58 группа - 21%; 59 группа - 13%; 60 группа - 17%; 61 группа - 12%; 62 группа - 13%; 63 группа - 4%; 64 группа - 2%; 65 группа - 12%; 66 группа - 8%; 67 группа - 47%; 68 группа - 20%; 69 группа - 17%; 70 группа - 27%; 71 группа - 36%; 72 группа - 25%; 73 группа - 48%; 74 группа - 10%; 75 группа - 15%; 76 группа - 12%; 77 группа - 17%; 78 группа - 45%; 79 группа - 32%; 80 группа - 35%; 81 группа - 18%; 82 группа - 23%; 83 группа - 30%; 84 группа - 30%; 85 группа - 13%; 86 группа - 35%; 87 группа - 19%; 88 группа - 35%.

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 7 932,9 рублей.

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

$$ПН_{БАЗ} = \left(\frac{ОС_{ПНФ} - ОС_{РД}}{Ч_3 \times СКД_{от} \times СКД_{пв} \times КД} \right),$$

где:

$ПН_{БАЗ}$ - базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей;

$ОС_{ПНФ}$ - объем средств на оплату медицинской помощи ЧИФ по подушевому нормативу финансирования, рублей;

$ОС_{РД}$ - объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке, рублей;

$СКД_{от}$ - значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения 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;

$СКД_{пв}$ - значение среднего взвешенного с учетом численности $СКД_{ПВ}$ прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава;

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

Параметр $СКД_{от}$ используется в целях сохранения сбалансированности территориальных программ обязательного медицинского страхования и рассчитывается по следующей формуле:

$$СКД_{от} = \frac{\sum (КД_{от}^i \times \chi_3^i)}{\sum (\chi_3^i)},$$

где:

$КД_{от}^i$ – значение 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, установленного тарифным соглашением для i -той медицинской организации в соответствии с пунктом 2.5 настоящего раздела рекомендаций;

χ_3^i – численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той медицинской организации, человек;

По аналогичной формуле рассчитывается значение $СКД_{пв}$.

Размер базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц составляет 2 232,86 рублей на год с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001 и 2 230,63 рублей на год без учета коэффициента дифференциации (186,07 рублей в месяц с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001 и 185,89 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 ($ДП_{Н}^i$) рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, а также коэффициентов по следующей формуле:

$$ДП_{Н}^i = ПН_{БАЗ} \times КД_{ПВ}^i \times КД_{ур}^i \times КД_{ЗП}^i \times КД_{от}^i \times КД^i, \text{ где:}$$

$ДП_{\Pi}^i$ - 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 ($KD_{от}$), объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

$$KD_{от}^i = \left(1 - \sum D_{отj}\right) + \sum (KD_{отj} \times D_{отj}), \text{ где}$$

$KD_{от}^i$ - 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, определенный для i -той медицинской организаций (при наличии);

$D_{отj}$ - доля населения, обслуживаемая j -ым подразделением, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (значение от 0 до 1)

$KD_{отj}$ - 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 1,0% 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 года.

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

Оценка выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций осуществляется в баллах. В зависимости от результатов деятельности медицинской организации по каждому показателю определяется балл в диапазоне от 0 до 2 баллов, при этом выполненным считается показатель со значением 0,5 и более баллов. Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и их ранжирование проводится ежеквартально и оформляется решением Комиссии.

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 – территориальным фондом.

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:

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

$OC_{\text{НАС}}^j$ – 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 ($OC_{\text{РД(НАС)}}^j$) определяется по следующей формуле:

$$OC_{\text{РД(НАС)}}^j_i = OC_{\text{НАС}}^j \times \text{ЧЗ}_i^j, \text{ где:}$$

ЧЗ_i^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 соответствующий период.

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

$$OC_{\text{БАЛЛ}}^j = \frac{0,3 \times OC_{\text{РД}}^j}{\sum_i \text{КБ}_j^i}, \text{ где:}$$

$OC_{\text{БАЛЛ}}^j$ – 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

$(ОС_{РД(балл)}^j)_i$), 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 по 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:

$$ОС_{РД}^j = 0;$$

- для медицинской организации, включенной во II группу:

$$ОС_{РД}^j = ОС_{РД(нас)}^j;$$

- для медицинской организации, включенной в III группу:

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

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

$$ОС_{ИТОГ}^j = ОС_{РД}^j \times Ко_i^j, \text{ где:}$$

$Ко_i^j$ – 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

(Ko_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 на прикрепившихся лиц для соответствующей медицинской организации на месяц, в котором осуществляется выплата, на основании решения Комиссии.

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 выполнения медицинской организацией критериев результативности деятельности ($ФДПН_{кр}^i$), рассчитывается по формуле:

$$ФДПН_{кр}^i = ФДПН_i + \frac{ОС_{итог}^j}{ЧН_i}, \text{ где:}$$

$ФДПН_i$ – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц без учета показателей результативности деятельности i -той медицинской организации на месяц, в котором осуществляется выплата, рублей;

$ЧН_i$ – среднемесячная численность застрахованных лиц, прикрепившихся к i -той медицинской организации (на основании данных единого регистра прикрепленного населения Саратовской области по состоянию на первое число отчетного месяца и первое число текущего месяца), за месяц, в котором осуществляется выплата.

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 фактического дифференцированного подушевого норматива для медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом выполнения медицинской организацией критериев результативности деятельности, 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 1.3.

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 в амбулаторных условиях и на дому в приложении 13.2.

Тарифы на комплексное посещение с профилактическими целями центров здоровья приведены в приложении 13.3.

Комплексное посещение с профилактическими целями центров здоровья осуществляется вне подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях за единицу объема.

Перечень услуг и время оказания медицинской помощи центрами здоровья представлены:

1. Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование и разработка индивидуальной программы по

ведению здорового образа жизни, рекомендация индивидуальной программы здорового питания

№ п/п	Мероприятие	Время (мин.)
1	Проведение врачом/фельдшером индивидуального углубленного профилактического консультирования	25
2	Анкетирование пациента по теме ЗОЖ	10
3	Анкетирование пациента по вопросам питания	10
4	Проведение биоимпедансометрии	3
5	Проведение антропометрии (рост, вес, окружность талии)	2
6	Проведение динамометрии	2
7	Проведение исследования при помощи смокелайзера	3
8	Проведение спирометрии	3
9	Проведение пульсоксиметрии/ применение ангиоскана	2
10	Разработка врачом/фельдшером программы по ЗОЖ, ее разъяснение	10
11	Разработка врачом/фельдшером рекомендации по здоровому питанию, их разъяснение	10
12	Установка мобильного приложения на смартфон пациента с помощью медицинской сестры и обучение пациента работе с приложением	10

2. Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование и разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни, рекомендация индивидуальной программы здорового питания с применением телемедицинских технологий

№ п/п	Мероприятие	Время (мин.)
1	Проведение врачом/фельдшером индивидуального углубленного профилактического консультирования	30
2	Анкетирование пациента по теме ЗОЖ	10
3	Анкетирование пациента по вопросам питания	10
4	Разработка врачом/фельдшером программы по ЗОЖ, ее	10
5	Разработка врачом/фельдшером рекомендации по здоровому питанию, их разъяснение	10
6	Установка мобильного приложения на смартфон пациента с помощью медицинской сестры и обучение пациента работе с приложением	10

3. Групповое углубленное профилактическое консультирование в центре здоровья для взрослых, в том числе с применением телемедицинских технологий

№ п/п	Мероприятие	Время (мин.)
1	Проведение врачом/фельдшером группового углубленного профилактического консультирования	30

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 комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, приведены в приложении 13.11.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках диспансерного наблюдения, приведены в приложении 13.12.

Тариф на комплексное посещение школы для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе школ для

больных с сахарным диабетом, представлены в приложении 13.13.

Тариф на комплексное посещение врача –офтальмолога кабинета охраны здоровья детей, включающие функциональное лечение миопии у детей, представлены в приложении 13.14.

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 осуществляется:

- в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения - за единицу объема медицинской помощи.

Тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий за единицу объема приведены в приложении 22.1;

- в медицинских организациях, имеющих прикрепленное население (при оказании медицинской помощи застрахованному лицу, прикрепленному к указанной медицинской организации) - в рамках подушевого норматива финансирования;

- в медицинских организациях, имеющих прикрепленное население (при оказании медицинской помощи застрахованному лицу, прикрепленному к иной медицинской организации) - в рамках межучрежденческих расчетов из средств, получаемых по подушевому нормативу финансирования медицинской организацией, к которой прикреплено указанное застрахованное лицо.

Указанные тарифы применяются для проведения межучрежденческих расчетов.

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 2025 год (без учета коэффициента дифференциации):

- для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей, - 1 442,9 тыс. рублей;
- для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 901 до 1500 жителей, - 2 885,8 тыс. рублей;
- для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей, - 3 430,6 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 или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей.

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих более 2000 жителей, установлен с учетом повышающего коэффициента 1,05 к размеру финансового обеспечения фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 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 2025 год с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001:

- для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего до 100 жителей – 577,7 тыс. рублей;
- для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей, - 1 444,3 тыс. рублей;
- для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 901 до 1500 жителей, - 2 888,7 тыс. рублей;
- для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей, - 3 434,0 тыс. рублей;
- для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего более 2000 жителей – 3 605,7 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 пунктов применяются коэффициенты специфики:

- для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего до 100 жителей - 0,889; при 100% укомплектованности - 1,0;
- для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей - от 0,356 до 0,890; при 100% укомплектованности - 1,0;
- для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 901 до 1500 жителей - от 0,225 до 0,958; при 100% укомплектованности - 1,0;
- для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей и для фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего более 2000 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.

В связи с оказанием медицинской помощи фельдшерскими, фельдшерско-акушерскими пунктами женщинам репродуктивного возраста (женщин в возрасте от 18 до 49 лет включительно), но при отсутствии в пунктах акушеров отдельные полномочия по работе с такими женщинами осуществляются фельдшером или медицинской сестрой (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем). При расчете размера финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, в том числе пунктов, рекомендуемые штатные нормативы которых не предусматривают должность «акушерка», размер финансового обеспечения фельдшерских, здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитывающегося с учетом доли таких женщин в численности прикрепленного населения. Повышающий коэффициент (в разрезе фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) учитывается в составе коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом № 543н, и устанавливается в Тарифном соглашении дифференцированно по структурным подразделениям и устанавливается в графе «Повышающий коэффициент (отдельные полномочия на фельдшера/медицинскую сестру)» приложения 15 настоящего Тарифного соглашения. Прогнозная длительность одной консультации, связанной с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем, составляет 10 минут. Предполагаемое количество консультаций в год на одну женщину репродуктивного возраста составляет 1-2 консультации.

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 вне медицинской организации, составляет 1 211,7 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 1 206,33 рублей на год с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001 и 1 205,12 рублей на год без учета коэффициента дифференциации (100,53 рублей в месяц с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001 и 100,43 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 ($ДП_{Н}^i$) рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, а также коэффициентов по следующей формуле:

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

$ДП_{Н}^i$ - дифференцированный подушевой норматив финансирования

скорой медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей;

$KД_{ПВ}^i$ - коэффициент половозрастного состава, для i -той медицинской организации;

$KД_{ур}^i$ - коэффициент уровня расходов медицинских организаций, для i -той медицинской организации;

$KД_{ЗП}^i$ - коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i -той медицинской организации;

$KД^i$ - 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 среднеемесячное 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 4 162,8 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 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 показатели 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, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе для больных сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также расходы на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, в том числе центрами здоровья, и расходы на финансовое обеспечение фельдшерских 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 объема 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 10 533,8 рублей.

Размер базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания составляет 4 407,40 рублей на год с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001 и 4 403,0 рублей на год без учета коэффициента дифференциации (367,28 рублей в месяц с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001 и 366,92 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 1,0% 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 года.

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

Оценка выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций осуществляется в баллах. В зависимости от результатов деятельности медицинской организации по каждому

показателю определяется балл в диапазоне от 0 до 2 баллов, при этом выполненным считается показатель со значением 0,5 и более баллов.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и их ранжирование проводится ежеквартально и оформляется решением Комиссии.

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 ($ОС_{рд}^j$) 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:

$$ОС_{нас}^j = \frac{0,7 \times ОС_{рд}^j}{чзj}, \text{ где:}$$

$ОС_{нас}^j$ – 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 ($ОС_{РД(нас)}^j$) определяется по следующей формуле:

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

$ЧЗ_i^j$ – 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 по 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 ($ОС_{РД_i}^j$), 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:

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

$Ко_i^j$ – 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 медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания для соответствующей медицинской организации на месяц, в котором осуществляется выплата, на основании решения Комиссии.

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 выполнения медицинской организацией критериев результативности деятельности ($\text{ФДПН}_{\text{кр}}^i$), рассчитывается по формуле:

$$\text{ФДПН}_{\text{кр}}^i = \text{ФДПН}_i + \frac{\text{ОС}_{\text{итог}}^j}{\text{ЧН}_i}, \text{ где}$$

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

ЧН_i – среднемесячная численность застрахованных лиц, прикрепившихся к i -той медицинской организации (на основании данных единого регистра прикрепленного населения Саратовской области по состоянию на первое число отчетного месяца и первое число текущего месяца), за месяц, в котором осуществляется выплата.

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 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 выполнения медицинской организацией критериев результативности деятельности, устанавливаются Комиссией.

Тарифы для оплаты услуг диализа, приведены в приложении 19.

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

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

В соответствии с частью 7 статьи 35 «Базовая программа обязательного медицинского страхования» Федерального закона № 326-ФЗ 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, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, 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 четырехсот тысяч рублей за единицу.

Допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации, не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

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 врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых 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 4 162,8 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 2025 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 РФ от 10 февраля 2023 года № 44н «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**



В.А. Дудаков

«30» января 2025 г.

**Директор
Территориального фонда
обязательного
медицинского страхования
Саратовской области**



С.М. Заречнев

«30» января 2025 г.

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



Т.В. Кирюхина

«30» января 2025 г.

**Заместитель директора АСП
ООО «Капитал МС» -
Филиала в Саратовской
области**



В.Л. Соколова

«30» января 2025 г.

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



В.В. Агапов

«30» января 2025 г.

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



С.А. Прохоров

«30» января 2025 г.