

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2024 ГОД

г. Ульяновск

31 января 2024 года

Министерство здравоохранения Ульяновской области, в лице Министра здравоохранения Ульяновской области О.Ю. Колотик-Каменева и директора департамента организации оказания медицинской помощи и формирования территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи населению О.В. Пикуш,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ульяновской области в лице директора Е.В. Буцкой и заместителя директора по организации ОМС Т.Я. Водкиной,

Страховые медицинские организации, работающие в системе обязательного медицинского страхования Ульяновской области в лице директора АСП ООО «Капитал МС» - Филиала в Ульяновской области Л.В. Мухаметшиной и директора Ульяновского филиала АО Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Е.В. Бараненковой,

Ассоциация содействия развитию здравоохранения «Медицинская палата Ульяновской области» в лице председателя В.Г. Карауловой и члена Ассоциации И.И. Мидленко,

Ульяновская областная организация профессионального союза работников здравоохранения РФ в лице председателя А.В. Бакшутова и заведующего отделом социальной защиты, правового инспектора труда ЦК Профсоюза по Ульяновской области Н.Е. Мальцевой,

Медицинские организации, в лице главного врача ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» Н.А. Маниной и главного врача ГУЗ «Майнская районная больница» И.К. Крупновой,

именуемые в дальнейшем Сторонами, в соответствии с частью 2 статьи 30 Федеральным законом Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и на основании протоколов заседания Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ульяновской области от 27.12.2023 № 149 и от 31.01.2024 № 150 заключили настоящее Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Ульяновской области на 2024 год (далее - Тарифное соглашение) о нижеследующем:

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Тарифное соглашение разработано в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, Положением о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного

медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н, Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и плановый период 2025 и 2026 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 № 2353, Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ульяновской области на 2024 год и плановый период 2025 и 2026 годов, утвержденной постановлением Правительства Ульяновской области от 29.12.2023 № 772-П, протоколов заседания Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ульяновской области от 27.12.2023 № 149 и от 31.01.2024 № 150, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

Предметом Тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - тарифы по ОМС) и порядок их применения на территории Ульяновской области.

Настоящее Тарифное соглашение регулирует правоотношения сторон, а также медицинских организаций, возникающие при реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Ульяновской области на 2024 год (далее - Территориальная программа ОМС). Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС (далее - медицинские организации) установлен Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ульяновской области на 2024 год и плановый период 2025 и 2026 годов, утвержденной постановлением Правительства Ульяновской области от 29.12.2023 № 772-П.

Тарифы по ОМС применяются медицинскими организациями для расчетов за медицинскую помощь, оказанную в соответствии с Территориальной программой ОМС застрахованным лицам на территории Ульяновской области, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями застрахованным лицам на территории иных субъектов Российской Федерации, по видам медицинской помощи, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями застрахованным лицам на территории Ульяновской области в рамках Территориальной программы ОМС, осуществляется страховыми медицинскими организациями.

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями застрахованным лицам на территории иных субъектов Российской Федерации в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, осуществляется ТФОМС Ульяновской области в соответствии с действующим

законодательством.

Тарифное соглашение устанавливает порядок применения тарифов по ОМС в медицинских организациях, а также ответственность за несоблюдение условий оказания медицинской помощи, ее оплаты и порядка использования средств ОМС в медицинских организациях.

Основными целями настоящего Тарифного соглашения являются:

- предоставление жителям Ульяновской области равных условий в получении качественной, доступной, бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС;

- приведение в соответствие плановых затрат страховых медицинских организаций на оплату оказанной медицинской помощи застрахованным гражданам медицинскими организациями, входящими в систему ОМС, и объемно-финансовых нормативов территориальной программы ОМС.

В настоящем Тарифном соглашении используются следующие термины и определения:

Тарифы - тарифы на оплату медицинской помощи, рассчитываемые в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в составе правил обязательного медицинского страхования, и включающие в себя статьи затрат, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Застрахованные лица - граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со ст. 13.5 Федерального закона от 25.07.2002 № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19.02.1993 № 4528-1 «О беженцах».

Медицинская организация (МО) - медицинская организация, участвующая в реализации Территориальной программы ОМС Ульяновской области.

Страховая медицинская организация (СМО) - страховая медицинская организация, участвующая в реализации Территориальной программы ОМС.

Подушевой норматив - финансовый норматив на одно застрахованное лицо, используемый при оплате амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи.

Дифференцированный подушевой норматив - финансовый норматив на одно застрахованное лицо, предусматривающий различия в затратах на оказание медицинской помощи по отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола и возраста.

Случай госпитализации - случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся

единицей объема медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования;

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

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

Базовая ставка - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, с учетом других параметров, (средняя стоимость законченного случая лечения);

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

Поправочные коэффициенты - устанавливаемый коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов;

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

Коэффициент уровня медицинской организации - устанавливаемый коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

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

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

Подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний - группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом классификационных критериев, для которой установлен коэффициент относительной затратноемкости, отличный от коэффициента

относительной затратоемкости по клинико-статистической группе;

Реестры - персонифицированные реестры счетов оказанной медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы ОМС.

Тарифное соглашение распространяет свое действие на всех участников обязательного медицинского страхования, реализующих Территориальную программу обязательного медицинского страхования Ульяновской области.

РАЗДЕЛ 2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

2.1.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, включающий следующие разделы:

2.1.1.1. Медицинские организации (Приложение № 1), имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в которых осуществляется 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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, 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 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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

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 и (или) обучающихся в образовательных организациях;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

2.1.1.2. Медицинские организации (Приложение № 1), не имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) в том числе:

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

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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

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

и (или) обучающихся в образовательных организациях;
медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

2.1.1.3. Способ оплаты по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации (Приложение № 1) используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению.

2.1.2. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи (ΦO_{CP}^{AMB}), определяется по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{AMB} = \frac{OC_{AMB}}{Ч_3}, \text{ где:}$$

OC_{AMB} объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ульяновской области, рублей;

$Ч_3$ численность застрахованного населения Ульяновской области, человек.

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ульяновской области, определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, по следующей формуле:

$$OC_{AMB} = (N_{O_{ПМО}} \times N_{фз_{ПМО}} + N_{O_{ДИСП}} \times N_{фз_{ДИСП}} + N_{O_{ИЦ}} \times N_{фз_{ИЦ}} + N_{O_{ОЗ}} \times N_{фз_{ОЗ}} + N_{O_{НЕОТЛ}} \times N_{фз_{НЕОТЛ}} + N_{O_{МР}} \times N_{фз_{МР}} + N_{O_{ДН}} \times N_{фз_{ДН}}) \times Ч_3 - OC_{МРТ}, \text{ где:}$$

$N_{O_{ПМО}}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

$N_{O_{ДИСП}}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

Но _{ИЦ}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
Но _{ОЗ}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, обращений;
Но _{НЕОТЛ}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
Но _{МР}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация", установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Но _{ДН}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Нфз _{ПМО}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{ДИСП}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{ИЦ}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{ОЗ}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{НЕОТЛ}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{МР}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по

заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация", установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

- $Нфз_{ДН}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
- $ОС_{МРТ}$ объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей.

2.1.3. Объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, рассчитывается по следующей формуле:

$$ОС_{ИССЛЕД} = \sum (Нo_j \times Нфз_j) \times Ч_3, \text{ где:}$$

- $Нo_j$ средний норматив объема медицинской помощи для проведения j-го исследования (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)), установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, исследований;
- $Нфз_j$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения j-го исследования (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)), установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
- $Ч_3$ численность застрахованного населения Ульяновской области, человек.

Объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи в неотложной форме, рассчитывается по следующей формуле:

$$ОС_{НЕОТЛ} = Нo_{НЕОТЛ} \times Нфз_{НЕОТЛ} \times Ч_3$$

2.1.4. Исходя из подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо определяется базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи по следующей формуле:

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

$$\text{ПН}_{\text{БАЗ}} = \left(\frac{\text{ОС}_{\text{ПНФ}}}{\text{Ч}_3 \times \text{КД}} \right) \times (1 - \text{Рез}),$$

где:

$\text{ПН}_{\text{БАЗ}}$	базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей;
$\text{ОС}_{\text{ПНФ}}$	объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей;
Рез	доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности;
КД	едининый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ульяновской области ($\text{ОС}_{\text{ПНФ}}$), рассчитывается без учета средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, и средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, определяется по следующей формуле:

$$\text{ОС}_{\text{ПНФ}} = \text{ОС}_{\text{АМБ}} - \text{ОС}_{\text{ФАП}} - \text{ОС}_{\text{ИССЛЕД}} - \text{ОС}_{\text{НЕОТЛ}} - \text{ОС}_{\text{ЕО}} - \text{ОС}_{\text{ПО}} - \text{ОС}_{\text{ДИСП}}, \text{ где:}$$

$\text{ОС}_{\text{ФАП}}$	объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Территориальной программой государственных гарантий размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (при необходимости - за исключением медицинской помощи в неотложной форме), рублей;
--------------------------	---

ОС _{ИССЛЕД}	объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС _{НЕОТЛ}	объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей (используется в случае принятия Комиссией решения о финансировании медицинской помощи в неотложной форме вне подушевого норматива);
ОС _{ЕО}	объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам (в том числе комплексных посещений по профилю "Медицинская реабилитация", а также диспансерного наблюдения), рублей;
ОС _{ПО}	объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей
ОС _{ДИСП}	объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе второго этапа диспансеризации и углубленной диспансеризации), рублей

ОС_{ЕО} включает в себя средства на оплату амбулаторно-поликлинической помощи за единицу объема по следующим видам:

- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;
- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;
- расходы на оплату стоматологической помощи;
- расходы на оплату медицинских услуг в Центрах здоровья;
- расходы на оплату медицинских услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной

диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов);

- расходы на оплату консультативных приемов;

- расходы на оплату медицинских услуг застрахованным лицам, не прикрепленным к медицинским организациям;

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую травматологами в травмпунктах;

- расходов на оплату медицинских услуг лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации.

Оплата по подушевому нормативу финансирования амбулаторно-поликлинической помощи не включает в себя расходы на содержание ФАП/ФП.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи - посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

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

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

где:

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

$КД_{пв}^i$ коэффициент половозрастного состава, для i -той медицинской организации;

$KД_{ур}^i$	коэффициент уровня расходов медицинских организаций, для i -той медицинской организации (при необходимости);
$KД_{зп}^i$	коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожной картой" развития здравоохранения в Ульяновской области, для i -той медицинской организации (при необходимости);
$KД_{сп}^i$	коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, для i -той медицинской организации;
$KД^i$	коэффициент дифференциации для i -той медицинской организации.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, к (за исключением средств на выплаты по итогам оценки результативности деятельности медицинских организаций), рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{OC_{пнф} \times (1 - Рез)}{\sum_i (ДП_H^i \times Ч_3^i)}$$

В случае если при расчете фактических дифференцированных подушевых нормативов используется поправочный коэффициент, отличный от 1, указанный коэффициент в обязательном порядке отражается в тарифном соглашении.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования (Приложение № 25) амбулаторной медицинской помощи (ФДПн) рассчитывается по формуле:

$$ФДП_H^i = ДП_H^i \times ПК, \text{ где}$$

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

2.1.6. Расчет коэффициента дифференциации на прикрепившихся лиц с учетом расходов на содержание медицинской организации и оплату труда персонала, устанавливаемого для медицинских организаций и их подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек ($KД_{от}$).

КД_{от} применяется в отношении медицинских организаций (юридических лиц) с учетом наличия у них подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (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 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, радиуса обслуживания, 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 КД_{от}, объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

$$КД_{от}^i = (1 - \sum D_{отj}) + \sum (КД_{отj} \times D_{отj}),$$

где:

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, определенный для i-той медицинской организаций (при наличии);

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

КД_{отj} коэффициент дифференциации, применяемый к j-ому подразделению,

расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание и оплату труда персонала.

Перечень медицинских организаций, соответствующих вышеуказанным требованиям представлен в Приложении № 2 к Тарифному соглашению.

2.1.7. Коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (далее - КД_{ур}) применяется в следующем порядке:

1,6 - для медицинских организаций, обслуживающих детское население г. Ульяновска;

1,2 - для городских поликлиник г. Ульяновска;

1,0 - для остальных медицинских организаций.

Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Ульяновской области (далее - КД_{зп}) не применяются, КД_{зп} для всех медицинских организаций, использующих соответствующий способ оплаты, принимается равным 1.

2.1.8. Оплата амбулаторной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения, осуществляется из общего среднедушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи.

Финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, а также видов расходов, не включенных в подушевой норматив, осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, оплачивается как одно посещение.

В случаях длительного лечения (от 1 до 12 месяцев) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю травматология-ортопедия, а также наблюдения за течением беременности в условиях женской консультации допустимо один законченный случай разбивать на несколько обращений с периодичностью не чаще одного раза в месяц. Одно обращение должно включать не менее двух посещений по поводу основного заболевания (состояния).

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетические

исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)) осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний.

Ежедневно врачу предоставляются сведения о возможных объемах отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)), предоставляемых в конкретных медицинских организациях.

ТФОМС Ульяновской области принимает к оплате услуги при наличии направления на исследования от врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, и которого пациент выбрал в порядке прикрепления. Оплата медицинской помощи осуществляется в пределах объемов, установленных Решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Результаты отдельных диагностических (лабораторных) исследований предоставляются в виде протоколов медицинских услуг, а также осуществляется копирование результатов диагностического исследования на аналоговые изображения (рентгенограмма, флюорограмма, фотоизображение) или цифровые изображения (магнитные ленты, CD и DVD-диски), с последующей выдачей результатов исследований пациенту на пленке или на магнитном носителе.

2.1.9. Медицинская помощь, оказанная в приемном отделении стационара больным, которые впоследствии не госпитализированы, оплачивается по утвержденному тарифу за соответствующую отдельно выделенную услугу в амбулаторных условиях, на основании записей в картах больных приемного отделения в журналах приема и отказа в госпитализации.

**Перечень медицинских организаций по категориям
при оказании медицинской помощи в приемном отделении
стационара без дальнейшей госпитализации (взрослые, дети)**

№ п/п	Наименование медицинской организации	Категория
1	ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»	2
2	ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница имени политического и общественного деятеля Ю.Ф.Горячева»	2

3	ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»	2
4	ГУЗ «Городская клиническая больница святого апостола Андрея Первозванного»	2
5	ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть имени заслуженного врача России В.А.Егорова»	2
6	ГУЗ «Областная детская инфекционная больница»	2
7	ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М.Чучалова»	2
8	ГУЗ «Городская больница №3»	1
9	ФГБУЗ «Федеральный научно-клинический центр медицинской радиологии и онкологии» Федерального медико-биологического агентства	2
10	ГУЗ «Барышская районная больница»	1
11	ГУЗ «Инзенская районная больница»	1
12	ГУЗ «Николаевская районная больница»	1
13	ГУЗ «Новоспасская районная больница»	1

2.1.10. При оказании стоматологической помощи оплате подлежат условные единицы трудоемкости (УЕТ) по тарифам по ОМС.

Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях по тарифам с учетом УЕТ основана на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение. При этом для планирования объема финансовых средств на оплату стоматологической помощи в амбулаторных условиях учитывается средняя кратность УЕТ в одном посещении 4,0.

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

Среднее количество УЕТ в одном обращении равно:

$$СР_{К\ УЕТ\ ОБ} = 4,0 \times 2,35 = 9,4 \text{ УЕТ}$$

Классификатор основных медицинских услуг и 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

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослы й прием	детский прием
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	0,35	0,35
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	0,61	0,61
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	0,76	0,76
B01.003.004.002	Проводниковая анестезия	0,96	0,96
B01.003.004.004	Аппликационная анестезия	0,31	0,31
B01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	0,5	0,5
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	0,93	0,93
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	0,75	0,75
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	0,75	0,75
A11.07. 026	Взятие образца биологического материала из очагов поражения органов рта	1,12	1,12
A11.01.019	Получение соскоба с эрозивно-язвенных элементов кожи и слизистых оболочек	1,12	1,12
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных препаратов в челюстно-лицевую область	1,1	1,1
A25.07.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов	0,25	0,25
A05.07.001	Электроодонтометрия зуба	0,42	0,42
B01.064.003	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный		1,95
B01.064.004	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный		1,37
B04.064.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского		1,19
B01.065.007	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	1,68	1,95
B01.065.008	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога повторный	1,18	1,37
B04.065.005	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога	1,25	1,19
B01.065.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта первичный	1,68	
B01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	1,18	
B04.065.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-	1,25	

	стоматолога-терапевта		
B01.065.003	Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный	1,68	1,95
B01.065.004	Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный	1,18	1,37
B04.065.003	Диспансерный прием (осмотр, консультация) зубного врача	1,25	1,19
B01.065.005	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического первичный	1,5	1,5
B01.065.006	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического повторный	0,9	0,9
A03.07.001	Люминесцентная стоматоскопия	0,63	0,63
A11.07.010	Введение лекарственных препаратов в пародонтальный карман	0,99	0,99
A11.07.022	Апликация лекарственного препарата на слизистую оболочку полости рта	0,45	0,45
A16.07.051	Профессиональная гигиена полости рта и зубов <1>	2	2
A16.07.082	Сошлифовывание твердых тканей зуба	0,25	0,25
A11.07.023	Применение метода серебрения зуба	0,88	0,88
A15.07.003	Наложение лечебной повязки при заболеваниях слизистой оболочки полости рта и пародонта в области одной челюсти	2	2
A16.07.002.001	Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием стоматологических цемента <2>	1,53	1,53
A16.07.002.002	Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения <2>	1,95	1,95
A16.07.002.003	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием стоматологических цемента <2>	1,85	1,85
A16.07.002.004	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения <2>	2,5	2,5
A16.07.002.005	Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием стеклоиномерных цемента <2>	2,45	2,45
A16.07.002.006	Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения <2>	3,25	3,25
A16.07.002.007	Восстановление зуба пломбой из амальгамы I, V класс по Блэку <2>	1,95	1,95
A16.07.002.008	Восстановление зуба пломбой из амальгамы II класс по Блэку <2>	2,33	2,33
A16.07.002.010	Восстановление зуба пломбой I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров <2>	3,35	3,35
A16.07.002.011	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров <2>	3,75	3,75

A16.07.002.012	Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров <2>	4	4
A16.07.002.009	Наложение временной пломбы	1,25	1,25
A16.07.091	Снятие временной пломбы	0,25	0,25
A16.07.092	Трепанация зуба, искусственной коронки	0,48	0,48
A16.07.008.001	Пломбирование корневого канала зуба пастой	1,16	1,16
A16.07.008.002	Пломбирование корневого канала зуба гуттаперчевыми штифтами	1,7	1,7
A11.07.027	Наложение девитализирующей пасты	0,03	0,03
A16.07.009	Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы)	0,21	0,21
A16.07.010	Экстирпация пульпы	0,46	0,46
A16.07.019	Временное шинирование при заболеваниях пародонта <3>	1,98	1,98
A16.07.020.001	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба ручным методом <4>	0,32	0,32
A16.07.025.001	Избирательное полирование зуба	0,2	0,2
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба <4>	0,2	0,2
A16.07.030.001	Инструментальная и медикаментозная обработка хорошо проходимого корневого канала	0,92	0,92
A16.07.030.002	Инструментальная и медикаментозная обработка плохо проходимого корневого канала	1,71	1,71
A16.07.030.003	Временное пломбирование лекарственным препаратом корневого канала	0,5	0,5
A16.07.039	Закрытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба <4>	0,31	0,31
A16.07.082.001	Распломбировка корневого канала, ранее леченного пастой	2	2
A16.07.082.002	Распломбировка одного корневого канала ранее леченного фосфатцементом/резорцин-формальдегидным методом	3,55	3,55
V01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	1,4	1,4
V01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	1,08	1,08
A11.03.003	Внутрикостное введение лекарственных препаратов	0,82	0,82
A15.03.007	Наложение шины при переломах костей <5>	6,87	6,87
A15.03.011	Снятие шины с одной челюсти	1,43	1,43
A15.04.002	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов	2,55	2,55
A15.07.001	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) зубов	2,96	2,96

A11.07.001	Биопсия слизистой полости рта	1,15	1,15
A11.07.002	Биопсия языка	1,15	1,15
A11.07.005	Биопсия слизистой преддверия полости рта	1,15	1,15
A11.07.007	Биопсия тканей губы	1,15	1,15
A11.07.008	Пункция кисты полости рта	0,91	0,91
A11.07.009	Бужирование протоков слюнных желез	3,01	3,01
A11.07.013	Пункция слюнной железы	0,91	0,91
A11.07.014	Пункция тканей полости рта	0,91	0,91
A11.07.015	Пункция языка	0,91	0,91
A11.07.016	Биопсия слизистой ротоглотки	1,15	1,15
A11.07.018	Пункция губы	0,91	0,91
A11.07.019	Пункция патологического образования слизистой преддверия полости рта	0,91	0,91
A11.07.020	Биопсия слюнной железы	1,15	1,15
A15.01.003	Наложение повязки при операции в челюстно-лицевой области	1,06	1,06
A15.07.002	Наложение повязки при операциях в полости рта	1,06	1,06
A16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани <6>	1,3	1,3
A16.01.008	Сшивание кожи и подкожной клетчатки <7>	0,84	0,84
A16.07.097	Наложение шва на слизистую оболочку рта	0,84	0,84
A16.01.012	Вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса)	2	2
A16.01.016	Удаление атеромы	2,33	2,33
A16.01.030	Иссечение грануляции	2,22	2,22
A16.04.018	Вправление вывиха сустава	1	1
A16.07.095.001	Остановка луночного кровотечения без наложения швов методом тампонады	1,25	1,25
A16.07.095.002	Остановка луночного кровотечения без наложения швов с использованием гемостатических материалов	1	1
A16.07.001.001	Удаление временного зуба	1,01	1,01
A16.07.001.002	Удаление постоянного зуба	1,55	1,55
A16.07.001.003	Удаление зуба сложное с разъединением корней	2,58	2,58
A16.07.024	Операция удаления ретинированного, дистопированного или сверхкомплектного зуба	3	3
A16.07.040	Лоскутная операция в полости рта <8>	2,7	2,7

A16.07.007	Резекция верхушки корня	3,78	3,78
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления в полости рта	1	1
A16.07.012	Вскрытие и дренирование одонтогенного абсцесса	0,97	0,97
A16.07.013	Отсроченный кюретаж лунки удаленного зуба	1,03	1,03
A16.07.014	Вскрытие и дренирование абсцесса полости рта	2,14	2,14
A16.07.015	Вскрытие и дренирование очага воспаления мягких тканей лица или дна полости рта	2,41	2,41
A16.07.016	Цистотомия или цистэктомия	3,89	3,89
A16.07.017.002	Коррекция объема и формы альвеолярного отростка <9>	1,22	1,22
A16.07.026	Гингивэктомия	4,3	4,3
A16.07.089	Гингивопластика	4,3	4,3
A16.07.038	Открытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба <4>	1	1
A16.07.042	Пластика уздечки верхней губы	2,1	2,1
A16.07.043	Пластика уздечки нижней губы	2,1	2,1
A16.07.044	Пластика уздечки языка	1	1
A16.07.096	Пластика перфорации верхнечелюстной пазухи	4	4
A16.07.008.003	Закрытие перфорации стенки корневого канала зуба	1,8	1,8
A16.07.058	Лечение перикоронита (промывание, рассечение и/или иссечение капюшона)	1,04	1,04
A16.07.059	Гемисекция зуба	2,6	2,6
A11.07.025	Промывание протока слюнной железы	1,85	1,85
A16.22.012	Удаление камней из протоков слюнных желез	3	3
A16.30.064	Иссечение свища мягких тканей	2,25	2,25
A16.30.069	Снятие послеоперационных швов (лигатур)	0,38	0,38
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	1,5	1,5
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов	1,5	1,5
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	0,5	0,5
A17.07.004	Ионофорез при патологии полости рта и зубов	1,01	1,01
A17.07.006	Депозитивный электрофорез корневого канала зуба	1,5	1,5
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта	2	2
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	1,67	1,67
A17.07.009	Воздействие электрическими полями при патологии полости	1	1

	рта и зубов		
A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов	1	1
A17.07.011	Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов	1,25	1,25
A17.07.012	Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов	1,25	1,25
A20.07.001	Гидроорошение при заболевании полости рта и зубов	1,5	1,5
A21.07.001	Вакуум-терапия в стоматологии	0,68	0,68
A22.07.005	Ультрафиолетовое облучение ротоглотки	1,25	1,25
A22.07.007	Ультрафонофорез лекарственных препаратов на область десен	1	1
Ортодонтия			
B01.063.001	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта первичный		4,21
B01.063.002	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта повторный		1,38
B04.063.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта		1,69
A02.07.004	Антропометрические исследования		1,1
A23.07.002.027	Изготовление контрольной модели		2,5
A02.07.010.001	Снятие оттиска с одной челюсти		1,4
A02.07.010	Исследование на диагностических моделях челюстей		2
A23.07.001.001	Коррекция съемного ортодонтического аппарата		1,75
A23.07.003	Припасовка и наложение ортодонтического аппарата		1,8
A23.07.001.002	Ремонт ортодонтического аппарата		1,55
A23.07.002.037	Починка перелома базиса самотвердеющей пластмассой		1,75
A23.07.002.045	Изготовление дуги вестибулярной с дополнительными изгибами		3,85
A23.07.002.073	Изготовление дуги вестибулярной		2,7
A23.07.002.051	Изготовление кольца ортодонтического		4
A23.07.002.055	Изготовление коронки ортодонтической		4
A23.07.002.058	Изготовление пластинки вестибулярной		2,7
A23.07.002.059	Изготовление пластинки с заслоном для языка (без кламмеров)		2,5
A23.07.002.060	Изготовление пластинки с окклюзионными накладками		18,0
A16.07.053.002	Распил ортодонтического аппарата через винт		1
Профилактические услуги			

В04.064.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского		1,57
В04.065.006	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога	1,3	1,57
В04.065.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта	1,3	
В04.065.004	Профилактический прием (осмотр, консультация) зубного врача	1,3	1,3
А11.07.012	Глубокое фторирование эмали зуба	0,3	0,3
А11.07.024	Местное применение реминерализующих препаратов в области зуба <4>	0,7	0,7
А13.30.007	Обучение гигиене полости рта	0,87	0,87
А16.07.057	Запечатывание фиссуры зуба герметиком	1	1

Примечания:

- <1> - одного квадранта
- <2> - включая полирование пломбы
- <3> - трех зубов
- <4> - одного зуба
- <5> - на одной челюсти
- <6> - без наложения швов
- <7> - один шов
- <8> - в области двух-трех зубов
- <9> - в области одного-двух зубов

При оказании стоматологической медицинской помощи в законченный случай обращения по заболеванию входит максимальная санация полости рта и зубов (лечение 1-го, 2-х, 3-х зубов) в одно или несколько посещений. Законченный случай обращения по заболеванию учитывается одной записью без числа посещений, но не более 18 УЕТ на один законченный случай. Обращения по заболеванию более 10 УЕТ подлежат экспертизе.

Восстановление зуба пломбой включает, в том числе формирование кариозной полости и медикаментозную обработку.

Остановка кровотечения не учитывается как самостоятельный вид работ при проведении остановки кровотечения в ходе выполнения оперативных вмешательств.

Медицинская услуга лечения аномалий с применением съемных ортодонтических аппаратов - стоматологическая помощь как совокупная услуга оказанная врачами-стоматологами и зубными техниками пациенту, для достижения результата обращения за медицинской помощью стоматологических лечебно-диагностических услуг по ортодонтии, детям от 5 до 18 лет (17 лет 11 месяцев 29 дней) с диагнозом врожденная расщелина неба в послеоперационном периоде для исправления формы верхней челюсти и ее альвеолярного отростка, расширение верхнего зубного ряда и улучшения

соотношения зубных рядов с использованием съемной технологии с элементами, с учетом роста и развития ребенка кратностью 2 раза в год.

Стоматологическая медицинская помощь оказывается застрахованному лицу по медицинским показаниям, в соответствии с кодом заболевания по МКБ. Предоставленная застрахованному лицу медицинская помощь должна соответствовать договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (Протоколам лечения), стандартам медицинской помощи.

Оказываются следующие виды бесплатной стоматологической медицинской помощи: терапевтической, хирургической, парадонтологической стоматологической помощи, детская стоматология, в том числе:

1. Анестезия любыми видами анестетиков, как с использованием разовых шприцов, так и карпульными.

2. Эндодонтическое лечение, включая пломбирование корневых каналов, с применением методики пломбирования корневых каналов с использованием гуттаперчи в технике латеральной и вертикальной конденсации, термофилы, а также пасты с методом пломбирования одним (центральным) штифтом.

3. Пломбирование постоянных зубов цементами, химическими композитами и светополимерами по показаниям врача.

4. Ортодонтическое лечение детей (до 17 лет включительно) в соответствии с Классификатором основных медицинских услуг при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях.

Не относится к бесплатному лечению, т.к. не являются страховым случаем:

1. Замена имеющейся полноценной пломбы.

2. Любые манипуляции, проводимые с целью зубопротезирования или ортодонтического лечения, если они не связаны с заболеванием (депульпирование зубов, удаление аномально расположенных зубов).

3. Восстановление цвета и формы зуба при некариозных поражениях твердых тканей зубов (эрозия, гипоплазия, флюороз, клиновидный дефект), восстановление цвета зуба при его изменении по различным причинам (пищевые красители, курение и другое), восстановление формы зуба при отсутствии твердых тканей зуба от 1/3 до полного отсутствия коронки, т.к. эти манипуляции относятся к косметическим.

Восстановление коронки зуба, а также предотвращение дальнейшего его разрушения предусматривает также изготовление коронок, в том числе и на передние зубы.

2.1.11. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа.

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу - одну услугу экстракорпорального диализа и один день перитонеального диализа. При этом в целях учета объемов медицинской помощи необходимо учитывать лечение в течение

одного месяца как одно обращение (в среднем 13 услуг экстракорпорального диализа, 12 - 14 в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца). Тарифы на услуги устанавливаются дифференцированно по методам диализа (гемодиализ, гемодиализация, перитонеальный диализ).

Оплата оказания медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

2.1.12. Медицинские услуги, связанные с проведением позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией в диагностических целях с постановкой или подтверждением диагноза злокачественного новообразования, только для федеральных медицинских организаций планируются и осуществляются в амбулаторных условиях.

2.1.13. Порядок оплаты финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов.

Финансовый размер обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, при условии их соответствия требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - Положение), составляет в среднем на 2024 год:

фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, - 1230,5 тыс. рублей,

фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 901 до 1500 жителей, - 2460,9 тыс. рублей,

фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1501 до 2000 жителей, - 2907,1 тыс. рублей.

Для фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов с численностью обслуживаемого населения менее 100 человек, применяются показатели годового размера средств, направляемых на финансовое обеспечение ФП/ФАП, с численностью обслуживания от 101 до 900 человек, с применением коэффициента уровня медицинской организации, равного 0,8.

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i -той медицинской организации, рассчитывается следующим образом:

$$OC_{\text{ФАП}}^i = \sum_n (Ч_{\text{ФАП}}^n \times \text{БНФ}_{\text{ФАП}}^n \times \text{КС}_{\text{БНФ}}^n), \text{ где:}$$

$OC_{\text{ФАП}}^i$ объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i -той медицинской организации;

$Ч_{\text{ФАП}}^n$ число фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n -типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия

требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению);

$БНФ_{ФАП}^n$ базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций - фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа;

$КС_{БНФ}^n$ коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов определен Программой, устанавливается значение коэффициента равное 1).

В случае если у фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н или коэффициент специфики, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года, и рассчитывается следующим образом:

$$ОС_{ФАП}^j = ОС_{ФАПнг}^j + \left(\frac{БНФ_{ФАП}^j \times КС_{БНФ}^j}{12} \times n_{МЕС} \right), \text{ где:}$$

$ОС_{ФАС}^j$ фактический размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта;

$ОС_{ФАПнг}^j$ объем средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта с начала года;

$n_{МЕС}$ количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

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

При несоответствии требованиям Положения в части ФП/ФАП вводится коэффициент специфики $КС_{БНФ}^n$.

Размер коэффициента специфики определяется исходя из соответствия требованиям Положения в части материально-технической базы и в части кадрового обеспечения.

При этом, доля затрат на материально-техническое обеспечение принимается равной 0,3, а доля затрат на кадровое обеспечение принимается

равной 0,7.

По разделу соответствия, в части кадрового обеспечения в каждой модели ФП/ФАП, в зависимости от числа обслуживаемого населения и нормативов штатной численности устанавливается коэффициент специфики с пошаговым расчетом по 0,25 ставки. Для ФП/ФАП с численностью обслуживаемого населения более 2000 человек применяется норматив штатной численности модели ФП/ФАП от 1501 до 2000 человек.

Наименование	Модели ФП/ФАП, обслуживающих население		
	от 100 до 900 чел.	от 901 до 1500 чел.	от 1501 до 2000 чел.
Территориальный норматив финансового обеспечения в год, тыс. руб.	1230,5	2460,9	2907,1
Норматив штатных должностей	2,5	3,0	3,5
Размер повышающего коэффициента, учитывающего численность обслуживаемого населения	1	1	1
Коэффициент специфики, на соответствие ФП/ФАП требованиям Положения	1	1	1
- соответствие материально-технической базы	0,3	0,3	0,3
- соответствие кадрового обеспечения	0,7	0,7	0,7
понижающий коэффициент при несоответствии кадрового обеспечения:			
- на 3,5 штатные единицы			-0,70
- на 3,25 штатные единицы			-0,65
- на 3 штатные единицы		-0,70	-0,60
- на 2,75 штатные единицы		-0,65	-0,55
- на 2,5 штатные единицы	-0,70	-0,60	-0,50
- на 2,25 штатные единицы	-0,63	-0,54	-0,45
- на 2 штатные единицы	-0,56	-0,48	-0,40
- на 1,75 штатные единицы	-0,49	-0,42	-0,35
- на 1,5 штатные единицы	-0,42	-0,36	-0,30
- на 1,25 штатные единицы	-0,35	-0,30	-0,25
- на 1 штатную единицу	-0,28	-0,24	-0,20

- на 0,75 штатных единиц	-0,21	-0,18	-0,15
- на 0,5 штатных единиц	-0,14	-0,12	-0,10
- на 0,25 штатных единиц	-0,07	-0,06	-0,05

При условии соответствия требованиям Положения в части материально-технической базы размер коэффициентов специфики представлен в таблице:

Наименование	Модели ФП/ФАП, обслуживающих население		
	от 100 до 900 чел.	от 901 до 1500 чел.	от 1501 до 2000 чел.
Применение коэффициентов специфики на соответствие ФП/ФАП требованиям Положения, при условии соответствия материально-технической базы, но несоответствия кадрового обеспечения:			
- на 3,5 штатные единицы			0,30
- на 3,25 штатные единицы			0,35
- на 3 штатные единицы		0,30	0,40
- на 2,75 штатные единицы		0,35	0,45
- на 2,5 штатные единицы	0,30	0,40	0,50
- на 2,25 штатные единицы	0,37	0,46	0,55
- на 2 штатные единицы	0,44	0,52	0,60
- на 1,75 штатные единицы	0,51	0,58	0,65
- на 1,5 штатные единицы	0,58	0,64	0,70
- на 1,25 штатные единицы	0,65	0,70	0,75
- на 1 штатную единицу	0,72	0,76	0,80
- на 0,75 штатных единиц	0,79	0,82	0,85
- на 0,5 штатных единиц	0,86	0,88	0,90
- на 0,25 штатных единиц	0,93	0,94	0,95

Финансирование медицинских организаций, структурными подразделениями которых являются ФП/ФАП, осуществляется страховыми медицинскими организациями (далее - СМО) ежемесячно в размере одной двенадцатой от расчетного финансового норматива, с учетом доли каждой СМО, рассчитанной от числа застрахованных граждан, прикрепленных к медицинской организации, структурными подразделениями которых являются

ФП/ФАП, на основании актов сверки численности на 1 января 2024 года. Размер доли каждой СМО может пересматриваться по мере необходимости.

Размер средств на финансовое обеспечение ФП/ФАП по i СМО для i -медицинской организации определяется по формуле:

$$OC_{ФАП}^{СМО^i} = \sum_n (Ч_{ФАП}^n \times БНФ_{ФАП}^n \times КС_{БНФ}^n) \times Д^{СМО^i}, \text{ где:}$$

$Д^{СМО^i}$ - доля СМО ^{i} в размере финансового обеспечения ФП/ФАП для i -медицинской организации.

Размер средств финансового обеспечения ФП/ФАП для i -медицинской организации определяется по формуле:

$$OC_{ФАС}^i = \sum_{ФАП} OC_{ФАП}^{СМО^i}.$$

Перечень ФП/ФАП, соответствующих и не соответствующих требованиям Положения, с учетом установленного размера финансового обеспечения, приведен в Приложении № 24 к настоящему Тарифному соглашению.

2.1.14. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, способ оплаты проведения углубленной диспансеризации осуществляется в соответствии с порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе:

- первый этап углубленной диспансеризации, который проводится в целях выявления у граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) (далее - диспансеризация), признаков развития хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания (состояния) на втором этапе диспансеризации:

- а) измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое;
- б) тест с 6-минутной ходьбой (при исходной сатурации кислорода крови 95 процентов и больше в сочетании с наличием у гражданина жалоб на одышку, отеки, которые появились впервые или повысилась их интенсивность);
- в) проведение спирометрии или спирографии;
- г) общий (клинический) анализ крови развернутый;
- д) биохимический анализ крови (включая исследования уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности

лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови);

е) определение концентрации Д-димера в крови у граждан, перенесших среднюю степень тяжести и выше новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

ж) проведение рентгенографии органов грудной клетки (если не выполнялась ранее в течение года);

з) прием (осмотр) врачом-терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики).

- второй этап диспансеризации, который проводится по результатам первого этапа в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния):

а) проведение эхокардиографии (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой);

б) проведение компьютерной томографии легких (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой);

в) дуплексное сканирование вен нижних конечностей (при наличии показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови).

2.1.15. Особенности оплаты медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

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

Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях включается в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи.

Расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий учитываются путем применения повышающего коэффициента при расчете коэффициента уровня (подуровня) медицинской организации, применяемого при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях и по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, рассчитываемого прямо пропорционально доле медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в общем объеме оказанной медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования.

Показатель объема медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (доля медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в общем объеме оказанной медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования), %	Повышающий коэффициент к коэффициенту уровня (подуровня)
1%	1,01
2%	1,02
Повышающий коэффициент прямо пропорционален доле медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (при увеличении доли оказанной медицинской помощи с применением телемедицинских услуг на 1% повышающий коэффициент увеличивается на 0,01)	

Указанный коэффициент применяется при определении размера коэффициента уровня (подуровня) медицинской организации, применяемого при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях и по всем видам и условиям оказания медицинской помощи.

При этом медицинские организации, желающие получить телемедицинскую консультацию, вправе заключить Договор с медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий (Приложение № 26).

2.1.16. Медицинская реабилитация проводится в амбулаторно-поликлинических условиях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация».

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 исходя из установленных Территориальной программой государственных гарантий территориальных нормативов объема и финансовых затрат на единицу объема для медицинской реабилитации.

Комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10 - 12 посещений.

Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение 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).

Медицинская реабилитация осуществляется мультидисциплинарной реабилитационной командой, осуществляющей свою деятельность в соответствии приказом Минздрава России № 788н от 31.07.2020 «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых», приказом Минздрава России от 23.10.2019 № 878н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей» и распоряжением Министерства здравоохранения Ульяновской области «Об утверждении минимального набора простых услуг в составе комплексного посещения по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях».

2.1.17. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, определяется доля средств от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности с учетом балльной оценки.

При этом размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования определяется по следующей формуле:

$$ОС_{ПН} = ФДП_{Н}^i \times Ч_3^i + ОС_{РД}, \text{ где:}$$

- | | |
|-------------|---|
| $ОС_{ПН}$ | финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, рублей; |
| $ОС_{РД}$ | объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке (далее - объем средств с учетом показателей результативности), рублей. |
| $ФДП_{Н}^i$ | фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей. |

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций проводится Комиссией, частота проведения мониторинга один раз в квартал.

Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности производится по итогам года.

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

Размер средств, направляемых на осуществление выплат стимулирующего характера всем медицинским организациям, имеющим прикрепившихся к медицинским организациям застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц, составляет 8 процентов от базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи.

Оценка медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляется ежеквартально Комиссией по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования на основании данных, представленных в адрес Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования:

- Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Ульяновской области об исполнении показателей результативности, по п. 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 12, 13, 14, 23, 24 показателей результативности, представленных в Перечне показателей результативности деятельности медицинских организаций, используемых при оплате по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц;

- Министерством здравоохранения Ульяновской области об исполнении показателей результативности по п. 6, 15, 21, 22, 25 показателей результативности, представленных в Перечне показателей результативности деятельности медицинских организаций, используемых при оплате по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц;

- Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Ульяновской области в части фактических показателей за отчетный период по пунктам 9, 10, 11, 16, 17, 18, 19, 20 показателей результативности, представленных в Перечне показателей результативности деятельности медицинских организаций, используемых при оплате по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц;

- Министерством здравоохранения Ульяновской области в части плановых показателей по пунктам 9, 10, 11, 16, 17, 18, 19, 20 показателей результативности, представленных в Перечне показателей результативности деятельности медицинских организаций, используемых при оплате по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц;

- Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Ульяновской области, об исполнении установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями (посещений) и обращений в связи с

заболеваниями (обращений) за отчетный период.

Решением Комиссии устанавливается:

- общее количество набранных баллов за достижение показателей результативности деятельности медицинской организаций по итогам отчетного периода по каждой медицинской организации, имеющей прикрепившихся к медицинской организации лиц (по итогам каждого квартала);

- распределение медицинских организаций на три группы (I, II, III) с учетом фактического выполнения показателей в соответствии с порядком применения показателей результативности деятельности медицинской организаций (по итогам каждого квартала);

- объем средств, используемый при распределении 70 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за отчетный период, в расчете на 1 прикрепленное лицо;

- объем средств, используемый при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за отчетный период, в расчете на 1 балл;

- понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат в зависимости от процента выполнения объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболевания;

- общий объем средств, подлежащий направлению каждой медицинской организации за достижение значений показателей результативности;

- объем средств, подлежащий направлению j-той страховой медицинской организацией в i-ую медицинскую организацию, достигшую значения показателей результативности.

Решение Комиссии размещается в сети Интернет на сайте Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ульяновской области.

На основании решений, принятых Комиссией по разработке ТПОМС, страховые медицинские организации осуществляют расчет размера финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, используемый при оплате по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц и методика расчета показателей результативности деятельности медицинской организации

Каждый показатель, включенный в блок Таблицы 1 «Показатели результативности и подходы к балльной оценке результатов», оценивается в баллах, которые суммируются. Методикой предусмотрена максимально возможная сумма баллов по каждому блоку, которая составляет:

- 19 баллов для показателей блока 1 (взрослое население);
- 7 баллов для показателей блока 2 (детское население);
- 6 баллов для показателей блока 3 (женское население).

В зависимости от результатов деятельности медицинской организации по каждому показателю определяется балл в диапазоне от 0 до 3 баллов.

В случае, когда группа показателей одного из блоков показателей результативности неприменима для соответствующей медицинской организации и (или) отчетного периода, суммарный максимальный балл и итоговый коэффициент для соответствующей медицинской организации рассчитывается без учета этой группы показателей.

Коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами, заключаемыми в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права и регулируемыми системы оплаты труда в медицинских организациях, в том числе системы доплат и надбавок стимулирующего характера и системы премирования, рекомендуется предусмотреть стимулирующие выплаты медицинским работникам за достижение аналогичных показателей.

С учетом фактического выполнения показателей, медицинское организации распределяются на три группы: I - выполнившие до 40 процентов показателей, II - от 40 (включительно) до 60 процентов показателей, III - от 60 (включительно) процентов показателей.

Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций представлен в Таблице 2 «Порядок расчета значений критериев результативности деятельности медицинских организаций».

Оценка достижения значений показателей результативности деятельности медицинских организаций оформляется решением Комиссии, которое доводится до сведения медицинских организаций не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом (кварталом).

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности, определяются субъектом Российской Федерации и 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.

$$ОС_{РД(нас)}^j = \frac{0,7 \times ОС_{РД}^j}{\sum \text{Числ}}, \text{ где:}$$

$ОС_{РД(нас)}^j$ - 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;

$ОС_{РД}^j$ - совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

\sum Числ - численность прикрепленного населения в j-м периоде ко всем медицинским организациям II и III групп.

В качестве численности прикрепленного населения к конкретной медицинской организации рекомендуется использовать среднюю численность за период. При осуществлении выплат по итогам достижения показателей результативности ежегодно среднюю численность рекомендуется рассчитывать по формуле:

$$\text{Числ}_i^j = \frac{\text{Ч}_{\text{мес1}} + \text{Ч}_{\text{мес2}} + \dots + \text{Ч}_{\text{мес11}} + \text{Ч}_{\text{мес12}}}{12}, \text{ где:}$$

$\text{Ч}_{\text{мес}}$ - среднегодовая численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации в j-м году, человек;

$\text{Ч}_{\text{мес1}}$ - численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число первого месяца j-го года, человек;

$\text{Ч}_{\text{мес2}}$ - численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число второго месяца года, следующего за j-тым, человек;

$\text{Ч}_{\text{мес11}}$ - численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число одиннадцатого месяца j-го года, человек;

$\text{Ч}_{\text{мес12}}$ - численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число двенадцатого месяца j-го года, человек.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию II и III групп за j-тый период при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности ($\text{ОСрд}(\text{нас})_i^j$), рассчитывается следующим образом:

$$\text{ОСрд}(\text{нас})_i^j = \text{ОС}_{\text{РД}(\text{нас})}^j \times \text{Числ}_i^j, \text{ где:}$$

Числ_i^j - численность прикрепленного населения в j-м периоде к i-той 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.

$$\text{ОС}_{\text{РД}(\text{балл})}^j = \frac{0,3 \times \text{ОС}_{\text{РД}}^j}{\sum \text{Балл}}, \text{ где:}$$

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

$OC_{РД}^j$ - совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

Σ Балл - количество баллов, набранных в j-м периоде всеми медицинскими организациями III группы.

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 ($OC_{срд(балл)}^j$), рассчитывается следующим образом:

$$OC_{срд(балл)}^j = OC_{РД(балл)}^j \times Балл_i^j, \text{ где:}$$

$Балл_i^j$ - количество баллов, набранных в j-м периоде i-той медицинской организацией III группы.

Если по итогам года отсутствуют медицинские организации, включенные в III группу, средства, предназначенные для осуществления стимулирующих выплат медицинским организациям III группы, распределяются между медицинскими организациями II группы в соответствии с установленной методикой (с учетом численности прикрепленного населения).

Общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности в медицинскую организацию III группы за j-тый период определяется путем суммирования 1 и 2 частей, а для медицинских организаций I группы за j-тый период - равняется нулю.

Осуществление выплат стимулирующего характера медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, следует производить в полном объеме при условии фактического выполнения не менее 90 процентов, установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно).

При условии выполнения медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи, Комиссия применяет понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат в зависимости от процента выполнения объемов медицинской помощи:

- менее 90% выполнения объемов медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно) и до 85% (включительно) стимулирующие выплаты снижаются на 2%;

- менее 85% выполнения объемов медицинской помощи с

профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно) стимулирующие выплаты снижаются на 5%.

Высвободившийся размер стимулирующего премирования от применения понижающих коэффициентов к размеру стимулирующих выплат в зависимости от процента выполнения объемов медицинской помощи направляется для включения в объем средств на распределение по медицинским организациям, выполнившим не менее 90 процентов, установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно).

В условиях распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методика расчета показателя подлежит корректировке 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.

Таблица 1

Показатели результативности и подходы к балльной оценке результатов

№	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя <***>	Макс. балл <*>
Взрослое население (в возрасте 18 лет и старше)				19
Оценка эффективности профилактических мероприятий				
1	Доля врачебных посещений с профилактической целью за период, от общего числа посещений за период (включая посещения на дому).	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 3% - 0 баллов; Прирост \geq 3% - 0,5 балла; Прирост \geq 7% - 1 балл; Значение показателя в текущем периоде выше среднего значения по субъекту Российской Федерации <****> в текущем периоде (далее - выше среднего) - 0,5 балла; В текущем периоде достигнуто максимально возможное значение показателя (далее - максимально возможное значение) - 1 балл	1
2	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения,	Прирост показателя за период по	Прирост < 5% - 0 баллов; Прирост \geq 5% - 1 балл; Прирост \geq 10% - 2 балла;	2

	<p>выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период.</p>	<p>отношению к показателю за предыдущий период</p>	<p>Выше среднего - 1 балл; Максимально возможное значение - 2 балла</p>	
3	<p>Доля взрослых с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период.</p>	<p>Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период</p>	<p>Прирост < 5% - 0 баллов; Прирост \geq 5% - 0,5 балла; Прирост \geq 10% - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл</p>	1
4	<p>Доля взрослых с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период.</p>	<p>Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период</p>	<p>Прирост < 5% - 0 баллов; Прирост \geq 5% - 0,5 балла; Прирост \geq 10% - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл</p>	1
5	<p>Доля взрослых с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за</p>	<p>Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период</p>	<p>Прирост < 5% - 0 баллов; Прирост \geq 5% - 0,5 балла; Прирост \geq 10% - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл</p>	1

	период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.			
6	Выполнение плана вакцинации взрослых граждан по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19)	Достижение планового показателя	100% плана или более - 2 балла; Выше среднего - 1 балл	2
Оценка эффективности диспансерного наблюдения				
7	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения <*>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения <*>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 3% - 0 баллов; Прирост \geq 3% - 1 балл; Прирост \geq 7% - 2 балла; Выше среднего - 1 балл; Максимально возможное значение - 2 балла	2
8	Число взрослых с болезнями системы кровообращения <*>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в экстренной и неотложной форме, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения <*>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 5% - 0 баллов; Уменьшение \geq 5% - 0,5 балла; Уменьшение \geq 10% - 1 балл; Значение показателя в текущем периоде ниже среднего значения по субъекту Российской Федерации <****> в текущем периоде (далее - ниже среднего) - 0,5 балла; В текущем периоде достигнуто минимально возможное значение показателя (далее - минимально возможное значение) - 1 балл	1
9	Доля взрослых с	Достижение	100% плана или более - 1	1

	<p>болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период.</p>	<p>планового показателя</p>	<p>балл; Выше среднего - 0,5 балла</p>	
10	<p>Доля взрослых с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период.</p>	<p>Достижение планового показателя</p>	<p>100% плана или более - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла</p>	1
11	<p>Доля взрослых с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.</p>	<p>Достижение планового показателя</p>	<p>100% плана или более - 2 балла; Выше среднего - 1 балл</p>	2
12	<p>Доля взрослых, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под</p>	<p>Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде</p>	<p>Уменьшение < 5% - 0 баллов; Уменьшение \geq 5% - 0,5 балла; Уменьшение \geq 10% - 1 балл; Ниже среднего - 0,5 балла; Минимально возможное значение - 1 балл</p>	1

	диспансерным наблюдением за период.			
13	Доля взрослых, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 3% - 0 баллов; Уменьшение \geq 3% - 1 балл; Уменьшение \geq 7% - 2 балла; Ниже среднего - 1 балл; Минимально возможное значение - 2 балла	2
14	Доля взрослых, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 5% - 0 баллов; Уменьшение \geq 5% - 0,5 балла; Уменьшение \geq 10% - 1 балл; Ниже среднего - 0,5 балла; Минимально возможное значение - 1 балл	1
Детское население (от 0 до 17 лет включительно)				7
Оценка эффективности профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения				
15	Охват вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок.	Достижение планового показателя	100% плана или более - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла	1
16	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период, от общего числа детей с	Достижение планового показателя	100% от числа подлежащих диспансерному наблюдению - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла	1

	впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период.			
17	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период.	Достижение планового показателя	100% от числа подлежащих диспансерному наблюдению - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла	1
18	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период.	Достижение планового показателя	100% от числа подлежащих диспансерному наблюдению - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла	1
19	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней системы кровообращения за период от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения за период.	Достижение планового показателя	100% от числа подлежащих диспансерному наблюдению - 2 балла; Выше среднего - 1 балл	2
20	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период, от	Достижение планового показателя	100% от числа подлежащих диспансерному наблюдению - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла	1

	общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период.			
Оказание акушерско-гинекологической помощи				6
Оценка эффективности профилактических мероприятий				
21	Доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5% - 0 баллов; Прирост \geq 5% - 0,5 балла; Прирост \geq 10% - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл	1
22	Доля беременных женщин, вакцинированных от новой коронавирусной инфекции (COVID-19), за период, от числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода.	Достижение планового показателя	100% плана или более - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла	1
23	Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5% - 0 баллов; Прирост \geq 5% - 0,5 балла; Прирост \geq 10% - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл	1
24	Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5% - 0 баллов; Прирост \geq 5% - 0,5 балла; Прирост \geq 10% - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл	1

	установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период.			
25	Доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период.	Достижение планового показателя	100% плана или более - 2 балла; Выше среднего - 1 балл	2

<*> По набору кодов Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10).

<*> По решению Комиссии рекомендуемые значения максимальных баллов и их количество могут быть пересмотрены для учреждений, которые оказывают помощь женщинам и детскому населению (отдельные юридические лица).

<***> Выполненным считается показатель со значением 0,5 и более баллов. В случае, если медицинская организация удовлетворяет нескольким критериям для начисления баллов - присваивается максимальный из возможных для начисления балл). В случае, если значение, указанное в знаменателе соответствующих формул, приведенных в Таблице 2 данного пункта, равняется нулю, баллы по показателю не начисляются, а указанный показатель может исключаться из числа применяемых показателей при расчете доли достигнутых показателей результативности для медицинской организации за период.

<****> Среднее значение по Ульяновской области по показателям рассчитываются на основании сведений об оказании медицинской помощи медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, путем деления суммы значений, указанных в числителе соответствующих формул, приведенных в Таблице 2 данного пункта, на сумму значений, указанных в знаменателе соответствующих формул, приведенных в Таблице 2 данного пункта. Полученное значение умножается на 100 по аналогии с алгоритмом, описанным в Таблице 2 данного пункта.

Минимально возможным значением показателя является значение «0». Максимально возможным значением показателя «100 процентов».

К группам диагнозов, обуславливающих высокий риск смерти, целесообразно относить любое сочетание сопутствующих заболеваний и осложнений с основным диагнозом, указанных в таблице:

Основной диагноз	Сопутствующие заболевания	Осложнение заболевания
Ишемические болезни сердца I20 - I25 Гипертензивные болезни I10 - I11; I12 - I13 Цереброваскулярные болезни I60 - I69	Сахарный диабет E10 - E11 Хроническая обструктивная легочная болезнь J44.0 - J44.9 Хроническая болезнь почек, гипертензивная болезнь с поражением почек N18.1 - N18.9	Недостаточность сердечная I50.0 - I50.9 Нарушение ритма I48 - 49 Нарушения проводимости I44 - I45 Сердце легочное хроническое I27.9 Гипостатическая пневмония J18.2 Недостаточность почечная N18.9 Уремия N19 Гангрена R02 Недостаточность легочная J98.4 Эмфизема J43.9

Порядок расчета значений критериев результативности
деятельности медицинских организаций

№	Наименование показателя	Формула расчета <*>	Единицы измерения	Источник
Взрослое население (в возрасте 18 лет и старше)				
Оценка эффективности профилактических мероприятий				
1.	Доля врачебных посещений с профилактической целью за период, от общего числа посещений за период (включая посещения на дому).	$D_{prof} = \frac{P_{prof}}{(P_{vs} + Oz * k)} \times 100,$ <p>где: D_{prof} - доля врачебных посещений с профилактической целью за период, от общего числа посещений за период (включая посещения на дому), выраженное в процентах; P_{prof} - число врачебных посещений с профилактической целью за период; P_{vs} - посещений за период (включая посещения на дому); Oz - общее число обращений за отчетный период; k - коэффициент перевода обращений в посещения.</p>	Процент	<p>Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам за исключением посещений стоматологического профиля.</p> <p>Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дата окончания лечения; - цель посещения.
2.	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с болезнями	$D_{бск} = \frac{BSK_{диск}}{BSK_{вп}} \times 100,$ <p>где: $D_{бск}$ - доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения с</p>	Процент	<p>Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.</p> <p>Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дата окончания лечения; - диагноз основной; - впервые выявлено (основной); - характер

	системы кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период.	впервые в жизни установленным диагнозом за период; BSK _{дисп} - число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период; BSK _{вп} - общее число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период.		заболевания - цель посещения; - дата рождения.
3.	Доля взрослых с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период.	$D_{\text{зно}} = \frac{ZNO_{\text{дисп}}}{ZNO_{\text{вп}}} \times 100,$ <p>где: D_{зно} - доля взрослых пациентов с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период; ZNO_{дисп} - число взрослых пациентов с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период; ZNO_{вп} - общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период.</p>	Процент	<p>Расчет показателя осуществляется путем отбора информации по полям реестра формата ДЗ "Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации" предусматривает поле реестра "признак подозрения на злокачественное новообразование".</p> <p>Движение пациента отслеживается по формату реестра Д4 "Файл со сведениями при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования":</p> <ul style="list-style-type: none"> - диагноз основной, - характер основного заболевания.
4.	Доля взрослых с установленным	$D_{\text{хобл}} = \frac{H_{\text{дисп}}}{H_{\text{вп}}} \times 100,$	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной

	<p>диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период.</p>	<p>где: $D_{\text{хобл}}$ - доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период; $N_{\text{дисп}}$ - число взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период; $N_{\text{вп}}$ - общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период.</p>		<p>медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: - дата окончания лечения; - диагноз основной; - впервые выявлено (основной); - характер заболевания; - цель посещения; - дата рождения.</p>
5.	<p>Доля взрослых с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.</p>	$D_{\text{сд}} = \frac{SD_{\text{дисп}}}{SD_{\text{вп}}} \times 100,$ <p>где: $D_{\text{сд}}$ - доля взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период; $SD_{\text{дисп}}$ - число взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период; $SD_{\text{вп}}$ - общее число взрослых</p>	Процент	<p>Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: - дата окончания лечения; - диагноз основной; - впервые выявлено (основной); - характер заболевания; - цель посещения; - дата рождения.</p>

		пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.		
6.	Выполнение плана вакцинации взрослых граждан по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19).	$I_{V_{\text{эпид}}} = \frac{F_{V_{\text{эпид}}}}{P_{V_{\text{эпид}}}} \times 100,$ <p>где: $V_{\text{эпид}}$ - процент выполнения плана вакцинации взрослых граждан по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19); $F_{V_{\text{эпид}}}$ - фактическое число взрослых граждан, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19 в отчетном периоде; $P_{V_{\text{эпид}}}$ - число граждан, подлежащих вакцинации по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19)</p>	Процент	Источником информации являются сведения органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, соотносимые с данными федерального регистра вакцинированных.
Оценка эффективности диспансерного наблюдения				
7.	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения <*>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения <*>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.	$DN_{\text{риск}} = \frac{R_{\text{дн}}}{R_{\text{ВП}}} \times 100,$ <p>где: $DN_{\text{риск}}$ - доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения <*>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения <*>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период; $R_{\text{дн}}$ - число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения <*>, имеющих высокий риск</p>	На 100 пациент ов	Расчет показателя осуществляется путем отбора информации по полям реестра в формате Д1 "Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи за период, кроме ВМП, диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, медицинской помощи при подозрении на ЗНО": - дата окончания лечения; - результат обращения; - диагноз основной; - диагноз сопутствующего заболевания;

		<p>преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением;</p> <p>$R_{вп}$ - общее числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения <*>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, обратившихся за медицинской помощью за период.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - диагноз осложнения заболевания; - диспансерное наблюдение.
8.	<p>Число взрослых с болезнями системы кровообращения <*>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в экстренной и неотложной форме, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения <*>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.</p>	$S_{\text{риск}} = \frac{V_{\text{риск}}}{D_{\text{риск}}} \times 100,$ <p>где:</p> <p>$S_{\text{риск}}$ - число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения <*>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в неотложной форме и (или) скорая медицинская помощь, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения <*>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период;</p> <p>$V_{\text{риск}}$ - число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения <*>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в неотложной форме и (или) скорая медицинская помощь по поводу болезней системы кровообращения <*>, приводящих к высокому риску преждевременной смертности;</p> <p>$D_{\text{риск}}$ - общее число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения <*>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, обратившихся за медицинской помощью за период.</p>	На 100 пациент ов	<p>Расчет показателя осуществляется путем отбора информации по полям реестра в формате Д1 "Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме ВМП, диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, медицинской помощи при подозрении на ЗНО":</p> <ul style="list-style-type: none"> - дата окончания лечения; - результат обращения; - диагноз основной; - диагноз сопутствующего заболевания; - диагноз осложнения заболевания; - диспансерное наблюдение; - условия оказания медицинской помощи; - форма оказания медицинской помощи.

9.	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период.	$DN_{\text{бск}} = \frac{BSK_{\text{дн}}}{BSK_{\text{вп}}} \times 100,$ <p>где: $DN_{\text{бск}}$ - доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период; $BSK_{\text{дн}}$ - число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период; $BSK_{\text{вп}}$ - общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период.</p>	Процент	<p>Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.</p> <p>Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дата постановки на диспансерный учет; - диагноз основной; - возраст пациента; - характер заболевания; - впервые выявлено (основной); - дата рождения. <p>Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерном наблюдением (гл. 15 Приказ 108н МЗ РФ)</p>
10.	Доля взрослых с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период.	$DN_{\text{хобл}} = \frac{H_{\text{дн}}}{H_{\text{вп}}} \times 100,$ <p>где: $DN_{\text{хобл}}$ - доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период; $H_{\text{дн}}$ - число взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период;</p>	Процент	<p>Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.</p> <p>Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дата постановки на диспансерный учет; - диагноз основной; - возраст пациента; - характер заболевания; - впервые выявлено (основной); - дата рождения. <p>Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под</p>

		<p>$N_{вп}$ - общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период.</p>		<p>диспансерном наблюдением (гл. 15 Приказ 108н МЗ РФ)</p>
11.	<p>Доля взрослых с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.</p>	$DN_{сд} = \frac{SD_{дн}}{SD_{вп}} \times 100,$ <p>где: $DN_{сд}$ - доля взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период; $SD_{дн}$ - число взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период; $SD_{вп}$ - общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.</p>	Процент	<p>Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.</p> <p>Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дата постановки на диспансерный учет; - диагноз основной; - возраст пациента; - характер заболевания; - впервые выявлено (основной); - дата рождения. <p>Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерном наблюдением (гл. 15 Приказ 108н МЗ РФ)</p>
12.	<p>Доля взрослых, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых</p>	$N_{всего} = \frac{O_{всего}}{D_{всего}} \times 100,$ <p>где: $N_{всего}$ - доля взрослых пациентов, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением</p>	Процент	<p>Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерным наблюдением (гл. 15 Приказ 108н МЗ РФ)</p> <p>Источником информации являются реестры (стационар), оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.</p> <p>Отбор информации для расчета показателей осуществляется по</p>

	<p>пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период.</p>	<p>за период; $O_{\text{всего}}$ - число взрослых пациентов, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением; $Dn_{\text{всего}}$ - общее число взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период.</p>		<p>полям реестра: - дата окончания лечения; - диагноз основной; - диагноз сопутствующий; - диагноз осложнений; - характер заболевания; - форма оказания медицинской помощи.</p>
13.	<p>Доля взрослых, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений.</p>	$P_{\text{бск}} = \frac{PH_{\text{бск}}}{H_{\text{бск}}} \times 100,$ <p>где: $P_{\text{бск}}$ - доля взрослых пациентов, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых пациентов, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений; $PH_{\text{бск}}$ - число взрослых пациентов, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации; $H_{\text{бск}}$ - общее число взрослых пациентов, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их</p>	Процент	<p>Источником информации являются реестры (стационар), оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: - дата начала лечения; - диагноз основной; - диагноз сопутствующий; - диагноз осложнений; - характер заболевания; - форма оказания медицинской помощи</p>

		осложнений.		
14.	Доля взрослых, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период.	$SD = \frac{Osl}{SD} \times 100,$ <p>где: SD - доля взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период; Osl - число взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа); SD - общее число взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период.</p>	Процент	<p>Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерным наблюдением (гл. 15 Приказ 108н МЗ РФ)</p> <p>Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.</p> <p>Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дата окончания лечения; - диагноз основной; - диагноз сопутствующий - впервые выявлено (основной); - характер заболевания; - цель посещения.
Детское население (от 0 до 17 лет включительно)				
Оценка эффективности профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения				
15.	Охват вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок.	$Vd_{\text{нац}} = \frac{Fd_{\text{нац}}}{Pd_{\text{нац}}} \times 100,$ <p>где: Vd_{нац} - процент охвата вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок в отчетном периоде; Fd_{нац} - фактическое число вакцинированных детей в рамках Национального календаря прививок в</p>	Процент	<p>Источником информации являются данные органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, предоставляемые на бумажных носителях.</p>

		отчетном периоде; Pd _{нац} - число детей соответствующего возраста (согласно Национальному календарю прививок) на начало отчетного периода.		
16.	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленным и диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период.	$Ddkms = \frac{Cdkms}{Cpkm} \times 100,$ <p>где: Ddkms - доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период; Cdkms - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период; Cpkm - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период.</p>	Процент	<p>Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.</p> <p>Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дата рождения; - дата окончания лечения; - диагноз основной; - впервые выявлено (основной); - характер заболевания; - цель посещения.
17.	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период, от общего числа	$Ddgl = \frac{Cdgl}{Cpgl} \times 100,$ <p>где: Ddgl - доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами</p>	Процент	<p>Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.</p> <p>Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дата рождения; - дата окончания лечения; - диагноз основной;

	детей с впервые в жизни установленным и диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период.	болезней глаза и его придаточного аппарата за период; C _{dgl} - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период; C _{rgl} - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период.		- впервые выявлено (основной); - характер заболевания; - цель посещения.
18.	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленным и диагнозами болезней органов пищеварения за период.	$D_{\text{вop}} = \frac{C_{\text{dbop}}}{C_{\text{рвop}}} \times 100,$ <p>где: D_{вop} - доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период; C_{dbop} - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период; C_{рвop} - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период.</p>	Процент	<p>Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.</p> <p>Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дата рождения; - дата окончания лечения; - диагноз основной; - впервые выявлено (основной); - характер заболевания; - цель посещения.
19.	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней	$D_{\text{dbsk}} = \frac{C_{\text{dbsk}}}{C_{\text{рbsk}}} \times 100,$ <p>где: D_{dbsk} - доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу</p>	Процент	<p>Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.</p> <p>Отбор информации для расчета показателей осуществляется по</p>

	<p>системы кровообращения за период от общего числа детей с впервые в жизни установленным и диагнозами болезней системы кровообращения за период.</p>	<p>болезней системы кровообращения за период от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения за период; Cdbsk - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней системы кровообращения за период Cpbsk - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения за период.</p>		<p>полям реестра:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дата рождения; - дата окончания лечения; - диагноз основной; - впервые выявлено (основной); - характер заболевания; - цель посещения.
20.	<p>Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленным и диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период.</p>	$Ddbes = \frac{Cdbes}{Cpbes} \times 100,$ <p>где: Ddbes - доля детей в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период; Cdbes - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период; Cpbes - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена</p>	Процент	<p>Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.</p> <p>Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дата рождения; - дата окончания лечения; - диагноз основной; - впервые выявлено (основной); - характер заболевания; - цель посещения.

		веществ за период.		
Оказание акушерско-гинекологической помощи				
Оценка эффективности профилактических мероприятий				
21.	Доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период.	$W = \frac{K_{отк}}{K} \times 100,$ <p>где: W - доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период; K_{отк} - число женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности; K - общее число женщин, прошедших доабортное консультирование за период.</p>	Процент	Источником информации являются данные органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, предоставляемые на бумажных носителях.
22.	Доля беременных женщин, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19, за период, от числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода.	$Vb_{covid} = \frac{Fb_{covid}}{Pb_{covid}} \times 100,$ <p>где: Vb_{covid} - доля беременных женщин, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19, за период, от числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода; Fb_{covid} - фактическое число беременных женщин, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19, за период; Pb_{covid} - число женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода.</p>	Процент	Источником информации являются данные органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, предоставляемые на бумажных носителях (Pb _{covid}) и данные федерального регистра вакцинированных (Fb _{covid}).
23.	Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование	$Z_{шм} = \frac{A_{шм}}{I_{шм}} \times 100,$ <p>где: Z_{шм} - доля женщин с</p>	Процент	Расчет показателя производится путем отбора информации по полям реестра формата ДЗ "Файл со сведениями об оказанной

	<p>е шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период.</p>	<p>установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период;</p> <p>Ашм - число женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации;</p> <p>Ушм - общее число женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период.</p>		<p>медицинской помощи при диспансеризации" предусматривает поле реестра:</p> <ul style="list-style-type: none"> - признак подозрения на злокачественное новообразование. <p>В дальнейшем движение пациента возможно отследить по формату Д4. Файл со сведениями при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования</p> <ul style="list-style-type: none"> - диагноз основной, - характер основного заболевания
24.	<p>Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период.</p>	$Z_{мж} = \frac{А_{мж}}{У_{мж}} \times 100,$ <p>где:</p> <p>Z_{мж} - доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период;</p> <p>А_{мж} - число женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации;</p> <p>У_{мж} - общее число женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной</p>	Процент	<p>Расчет осуществляется путем отбора информации по полям реестра формата ДЗ "Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации" предусматривает поле реестра:</p> <ul style="list-style-type: none"> - признак подозрения на злокачественное новообразование. <p>В дальнейшем движение пациента возможно отследить по формату Д4. Файл со сведениями при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или</p>

		железы за период.		установленном диагнозе злокачественного новообразования - диагноз основной, - характер основного заболевания.
25.	Доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период.	$B = \frac{S}{U} \times 100,$ <p>где: В - доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период; S - число беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода при сроке беременности 11 - 14 недель (УЗИ и определение материнских сывороточных маркеров) и 19 - 21 неделя (УЗИ), с родоразрешением за период; U - общее число женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период, с родоразрешением за период.</p>	Процент	Источником информации являются данные органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, предоставляемые на бумажных носителях.

<*> По набору кодов Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10).

<***> 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 отчетный и предыдущий год соответственно путем пересчета к годовому значению.

2.1.18. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации.

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от

27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 21.04.2022 № 275н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение».

2.1.19. Диспансерное наблюдение взрослых 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 в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации утвержденным от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».

Объем посещений для проведения диспансерного наблюдения включает в себя объемы медицинской помощи застрахованным по обязательному медицинскому страхованию лицам от 18 лет и старше (с онкологическими заболеваниями, болезнями системы кровообращения и сахарным диабетом) и не включает в себя первое посещение в году, которое оплачивается в рамках профилактических осмотров.

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

2.2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

2.2.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях определен в Приложении № 1.

2.2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных

условиях (в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях)) применяются следующие способы оплаты:

- 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, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в п. 2.2.3 в Таблице 1 «Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно», в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

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

a. Диагноз (код по МКБ 10);

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

c. Схема лекарственной терапии;

d. МНН лекарственного препарата;

e. Возрастная категория пациента;

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

g. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной

терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации; индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);

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

i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

j. Пол;

k. Длительность лечения;

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

m. Показания к применению лекарственного препарата;

n. Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;

o. Степень тяжести заболевания;

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

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

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

При оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в составе КСГ могут быть выделены подгруппы, в том числе с учетом иных классификационных критериев.

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

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

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (СС_{КСГ}) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых установлены доли заработной платы и прочих расходов) определяется по следующей формуле:

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

БС базовая ставка, рублей;

КЗ _{КСГ}	коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;
КС _{КСГ}	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);
КУС _{МО}	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 "О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования" (далее - Постановление № 462).
КСЛП	коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости - сумма применяемых КСЛП) ----- <*> - КД не применяется для КСЛП "проведение сопроводительной лекарственной локачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими (равно единице).

Коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 составляет 1,0.

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$CC_{КСГ} = BC \times KZ_{КСГ} \times ((1 - DzП) + DzП \times KC_{КСГ} \times KUC_{МО} \times KD) + i + BC \times KD^{<*>} \times KCLП, \text{ где}$$

BC	размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;
KZ _{КСГ}	коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
DzП	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением № 4 к Программе значение, к которому применяется КД, КС и КУС);
КС _{КСГ}	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае, если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);

- КУС_{МО} коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
- КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462;
- КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

 <*> - КД не применяется для КСЛП "проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями" (равно единице).

Коэффициент специфики применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней медицинских организаций.

Коэффициент уровня устанавливается не только для медицинских организаций в целом, но и для структурных подразделений медицинских организаций. С учетом объективных критериев для структурных подразделений медицинских организаций установлены разные коэффициенты уровня медицинской организации.

К отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющие высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающие (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи, коэффициент уровня при оплате не применяется (принимается равным 1). Исчерпывающий перечень таких КСГ установлен Приложением № 21.

К подгруппам в составе КСГ коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1).

К КСГ, начинающихся с символов st19 (профиль «Онкология»), а также st08 (профиль «Детская онкология»), коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1).

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.

Таблица 1. КСГ, к которым не применяются понижающие коэффициенты специфики

№ КСГ	Наименование КСГ
-------	------------------

st13.002	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
st13.005	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
st13.007	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
st15.015	Инфаркт мозга (уровень 2)
st15.016	Инфаркт мозга (уровень 3)
st17.001	Малая масса тела при рождении, недоношенность
st17.002	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость
st17.003	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)

К КСГ, включающим оплату медицинской помощи при заболеваниях, лечение которых должно преимущественно осуществляться в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, повышающий коэффициент спецификации не применяется.

Таблица 2. КСГ, к которым не применяются повышающие коэффициенты спецификации

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

st31.018	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы
----------	--

В целях регулирования более высокого уровня затрат на оказание медицинской помощи, уровня госпитализации отдельных групп заболеваний, а также учета особенностей оказания медицинской помощи, предусмотрено также установление поправочных коэффициентов: коэффициента специфики и сложности лечения пациента.

Перечень случаев, для которых установлен КСЛП

Коэффициент сложности лечения пациента в зависимости от особенностей оказания медицинской помощи принимает следующие значения:

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
1	предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов в возрасте до 18 лет), за исключением случаев, к которым применяется КСЛП, предусмотренный пунктом 2 настоящего перечня	0,2
2	предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов в возрасте до 18 лет), получающих медицинскую помощь по профилю «детская онкология» и (или) «гематология»	0,6
3	оказание медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра, за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки	0,2
4	развертывание индивидуального поста	0,2
5	наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии ¹ , требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации	0,6
6	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 1) ²	0,05
7	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 2) ²	0,47
8	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 3) ²	1,16
9	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 4) ²	2,07
10	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах	3,49

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
	(уровень 5) ²	
11	проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов ³	0,15
12	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1)*	0,17
13	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 2)*	0,61
14	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 3)*	1,53
15	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1)*	0,29
16	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 2)*	1,12
17	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 3)*	2,67
18	проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID-19) в период госпитализации	0,05

¹ – наличие у пациента дополнительного диагноза (диагноза осложнения заболевания) из перечня, определенного Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, медицинская помощь в соответствии с которым оказывалась пациенту в период госпитализации

² – перечень возможных операций, а также критерии отнесения соответствующих операций к уровню КСЛП определен Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС

³ – при проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5 суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации)

* – стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими

рекомендациями» в стационарных условиях и в условиях дневного стационара определяется без учета коэффициента дифференциации субъекта Российской Федерации.

Реестр на оплату медицинской помощи формируется следующим порядком.

Для терапевтических КСГ за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (на основе кода диагноза по МКБ 10), предъявляется к оплате при условии выполнения основного объема лечебно-диагностических мероприятий, предусмотренных стандартами и порядками медицинской помощи, и фактической длительности лечения.

Для хирургических и иных КСГ за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ (на основе кода Номенклатуры) предъявляется к оплате независимо от длительности госпитализации, в случае проведения оперативного вмешательства. Случаи, закончившиеся летальным исходом, оплачиваются по общим принципам и подвергаются целевой экспертизе качества в обязательном порядке.

При изменении стоимости КСГ в период лечения пациента, оплата медицинской помощи осуществляется в соответствии со стоимостью КСГ, установленной на день выписки больного.

Для проверки достоверности представляемых реестров счетов в медицинской организации должно быть обеспечено централизованное хранение медицинских карт стационарных больных, выбывших из медицинской организации. При отсутствии вышеуказанных карт в медицинских организациях предъявленные к оплате суммы считаются необоснованными.

2.2.3. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи

К прерванным случаям оказания медицинской помощи (далее - прерванный случай) относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи прерывания 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 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, изложенным в подпунктах 1 - 7 данного раздела) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, приведенный в таблице 1.

Таблица 1. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней (включительно)

Код КСГ	Наименование
В стационарных условиях	
st02.001	Осложнения, связанные с беременностью
st02.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
st03.002	Ангионевротический отек, анафилактический шок
st05.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе <*>
st08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети <*>
st08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети <*>
st08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети <*>
st09.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 7)
st12.001	Кишечные инфекции, взрослые
st12.002	Кишечные инфекции, дети
st12.010	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые
st12.011	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)

- st15.008 Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1) <*>
- st15.009 Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2) <*>
- st16.005 Сотрясение головного мозга
- st19.007 Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
- st19.038 Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
- st19.144 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1) <*>
- st19.145 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2) <*>
- st19.146 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3) <*>
- st19.147 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4) <*>
- st19.148 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5) <*>
- st19.149 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6) <*>
- st19.150 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7) <*>
- st19.151 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8) <*>
- st19.152 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9) <*>
- st19.153 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) <*>
- st19.154 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11) <*>
- st19.155 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12) <*>
- st19.156 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13) <*>
- st19.157 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) <*>
- st19.158 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме

- лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15) <*>
- st19.159 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16) <*>
- st19.160 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17) <*>
- st19.161 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 18) <*>
- st19.162 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 19) <*>
- st19.082 Лучевая терапия (уровень 8)
- st19.090 ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения (уровень 1)
- st19.094 ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
- st19.097 ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
- st19.100 ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4)
- st20.005 Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
- st20.006 Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
- st20.010 Замена речевого процессора
- st21.001 Операции на органе зрения (уровень 1)
- st21.002 Операции на органе зрения (уровень 2)
- st21.003 Операции на органе зрения (уровень 3)
- st21.004 Операции на органе зрения (уровень 4)
- st21.005 Операции на органе зрения (уровень 5)
- st21.006 Операции на органе зрения (уровень 6)
- st21.009 Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
- st25.004 Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
- st27.012 Отравления и другие воздействия внешних причин
- st30.006 Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
- st30.010 Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)

- st30.011 Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
- st30.012 Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
- st30.014 Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
- st30.016 Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 7)
- st31.017 Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
- st32.002 Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
- st32.016 Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
- st34.002 Операции на органах полости рта (уровень 1)
- st36.001 Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина <*>
- st36.020 Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 1)
- st36.021 Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 2)
- st36.022 Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 3)
- st36.023 Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 4)
- st36.007 Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
- st36.009 Реинфузия аутокрови
- st36.010 Баллонная внутриаортальная контрпульсация
- st36.011 Экстракорпоральная мембранная оксигенация
- st36.024 Радиойодтерапия
- st36.025 Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)
- st36.026 Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)
- st36.028 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1) <*>
- st36.029 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2) <*>
- st36.030 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3) <*>
- st36.031 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 4) <*>

- st36.032 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 5) <*>
- st36.033 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 6) <*>
- st36.034 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 7) <*>
- st36.035 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 8) <*>
- st36.036 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 9) <*>
- st36.037 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 10) <*>
- st36.038 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 11) <*>
- st36.039 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 12) <*>
- st36.040 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 13) <*>
- st36.041 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 14) <*>
- st36.042 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 15) <*>
- st36.043 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 16) <*>
- st36.044 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 17) <*>
- st36.045 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 18) <*>
- st36.046 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 19) <*>
- st36.047 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 20) <*>

<*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения.

9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой.

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, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации/лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2 - 9 данного пункта, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2 - 4 данного пункта.

Перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

В случае выделения подгрупп в составе КСГ, не включенных в вышеуказанный перечень КСГ, отдельные подгруппы (но не все) в составе таких КСГ могут оплачиваться в полном объеме в случае длительности госпитализации/лечения 3 дня и менее. Подгруппы, включаемые в перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации/лечения 3 дня и менее, указываются в соответствующем разделе тарифного соглашения. Аналогично, отдельные подгруппы (но не все) в составе КСГ, включенных в вышеуказанный перечень КСГ, могут не включаться в соответствующий раздел тарифного соглашения.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, за исключением основания, связанного с проведением лекарственной терапии при ЗНО не в полном объеме, 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 процентов от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 100 процентов от стоимости КСГ.

Таблицей 2 определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи лечения по КСГ, не входящим в Таблицу 2, не могут быть оплачены с применением вышеперечисленных размеров оплаты прерванных случаев (90% и 100%).

Таблица 2. Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию

№ КСГ	Наименование КСГ
В стационарных условиях	
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
st02.012	Операции на женских половых органах (уровень 3)
st02.013	Операции на женских половых органах (уровень 4)
st02.014	Слингвые операции при недержании мочи
st09.001	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)
st09.002	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 2)
st09.003	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)
st09.004	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)
st09.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 1)
st09.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 2)
st09.007	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 3)
st09.008	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)
st09.009	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)
st09.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)
st10.001	Детская хирургия (уровень 1)
st10.002	Детская хирургия (уровень 2)
st10.003	Аппендэктомия, дети (уровень 1)
st10.004	Аппендэктомия, дети (уровень 2)

st10.005	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)
st10.006	Операции по поводу грыж, дети (уровень 2)
st10.007	Операции по поводу грыж, дети (уровень 3)
st13.002	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
st13.005	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
st13.007	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
st13.008	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 1)
st13.009	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 2)
st13.010	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 3)
st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
st14.003	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 3)
st15.015	Инфаркт мозга (уровень 2)
st15.016	Инфаркт мозга (уровень 3)
st16.007	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 1)
st16.008	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2)
st16.009	Операции на периферической нервной системе (уровень 1)
st16.010	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)
st16.011	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)
st18.002	Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа
st19.001	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.002	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.003	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3)
st19.004	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1)

st19.005	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.006	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1)
st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st19.008	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3)
st19.009	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
st19.010	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
st19.011	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3)
st19.012	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1)
st19.013	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2)
st19.014	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1)
st19.015	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2)
st19.016	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы (уровень 1)
st19.017	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы (уровень 2)
st19.018	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1)
st19.019	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2)
st19.020	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3)
st19.021	Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости
st19.022	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях
st19.023	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.024	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)

st19.025	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1)
st19.026	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2)
st19.123	Прочие операции при ЗНО (уровень 1)
st19.124	Прочие операции при ЗНО (уровень 2)
st19.038	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
st19.104	Эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.007	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
st20.008	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
st20.009	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st21.009	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
st24.004	Ревматические болезни сердца (уровень 2)
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st25.005	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 1)
st25.006	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 2)
st25.007	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 3)
st25.008	Операции на сосудах (уровень 1)

st25.009	Операции на сосудах (уровень 2)
st25.010	Операции на сосудах (уровень 3)
st25.011	Операции на сосудах (уровень 4)
st25.012	Операции на сосудах (уровень 5)
st27.007	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2)
st27.009	Другие болезни сердца (уровень 2)
st28.002	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 1)
st28.003	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 2)
st28.004	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)
st28.005	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)
st29.007	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)
st29.008	Эндопротезирование суставов
st29.009	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
st29.010	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
st29.011	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
st29.012	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)
st29.013	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)
st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
st30.007	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)
st30.008	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)
st30.009	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)
st30.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
st30.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
st30.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
st30.013	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 4)
st30.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)

st30.015	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)
st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
st31.003	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)
st31.004	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)
st31.005	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 4)
st31.006	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 1)
st31.007	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 2)
st31.008	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 3)
st31.009	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)
st31.010	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)
st31.015	Остеомиелит (уровень 3)
st31.019	Операции на молочной железе (кроме злокачественных новообразований)
st32.001	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 1)
st32.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
st32.003	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 3)
st32.004	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)
st32.005	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 1)
st32.006	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)
st32.007	Панкреатит, хирургическое лечение
st32.008	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
st32.009	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)
st32.010	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)
st32.011	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)
st32.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
st32.013	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
st32.014	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
st32.015	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
st32.019	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 4)
st32.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)

st32.017	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)
st32.018	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 3)
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st34.003	Операции на органах полости рта (уровень 2)
st34.004	Операции на органах полости рта (уровень 3)
st34.005	Операции на органах полости рта (уровень 4)
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация

Если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 80% от стоимости КСГ, кроме случаев медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и Методическими рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования на 2024 год, где при длительности лечения более 3-х дней - 50% от стоимости КСГ.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 7 и 9 данного раздела, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

При проведении 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, в указанных медицинских организациях осуществляется за счет средств ОМС.

При этом возмещение расходов медицинской организации, имеющей в своей структуре патолого-анатомическое отделение, на проведение патологоанатомических вскрытий осуществляются 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 отсутствует патологоанатомическое отделение, оплата патолого-анатомических вскрытий осуществляется по отдельным тарифам, в рамках межучрежденческих взаиморасчетов.

2.2.4. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше.

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае указания в схеме), разовую дозу препарата (фиксированная величина или разовая доза в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в «Группировщиках», для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 "Прочие схемы лекарственной терапии", а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1 - 6 пункта 2.2.3.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.2.3 в следующих случаях:

1. При проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике»;

2. При снижении дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличении интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце "Наименование и описание схемы" в «Группировщиках» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии):

- снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией к химиотерапевтическому препарату в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- увеличение интервала между введениями произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от

наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

Все остальные случаи (в том числе случаи проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) являются прерванными и оплачиваются в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения.

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

2.2.5. Особенности оплаты случаев лечения по КСГ, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов.

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - Дзп) + Дзп \times КС_{КГС} \times КУС_{МО} \times КД) + БС \times КД \times КСЛП, \text{ где:}$$

БС	размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;
КЗ _{КСГ}	коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
Дзп	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ;
КС _{КСГ}	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);
КУС _{МО}	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462;
КСЛП	коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

В случае отсутствия технической и информационной возможности для учета вклада случаев госпитализаций взрослых с применением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях в средний поправочный коэффициент (СПК), используемый для расчета базовой, при определении СПК в процессе расчета базовой ставки может быть принято допущение, что коэффициент дифференциации применяется ко всей стоимости КСГ без учета доли расходов на заработную плату. При использовании такого подхода при

расчете базовой ставки следует учитывать, что оценку экономии, складывающейся в результате применения поправочных коэффициентов и коэффициента дифференциации только к доле заработной платы и прочих расходов в структуре КСГ, целесообразно проводить 1 раз в полугодие.

2.2.6. Особенности оплаты случаев лечения пациентов в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях.

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.

Оплата указанных случаев осуществляется в соответствии со следующими правилами:

1. В случае если пациенту оказывается медицинская помощь в соответствии с классификационными критериями, присутствующими в Группировщике, (в том числе схема лекарственной терапии, хирургическое вмешательство, возрастная группа пациента) оплата осуществляется по КСГ, выбранной по общим правилам отнесения случаев к КСГ.

2. В случае если пациенту проводится лекарственная терапия, которую невозможно отнести к определенной схеме лекарственной терапии, оплата осуществляется по КСГ по профилю «детская онкология», выбранной в зависимости от диагноза пациента.

2.2.7. Оплата случая лечения по двум и более КСГ.

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 пунктом 2.2.3 основаниям;

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

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

4. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

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

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

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем 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 иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

Выставление случая только по КСГ st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1 - 3)», без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1 - 3)» с пересекающимися сроками лечения не допускается.

2.2.8. Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту.

В случае если у пациента после оказания специализированной

медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи с применением метода лечения, включенного в Перечень видов ВМП, либо после оказания высокотехнологичной медицинской помощи определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения как для специализированной, так и для высокотехнологичной медицинской помощи, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

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

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи 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, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее - Перечень ВМП). Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню ВМП, 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.

2.2.9. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация».

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

Для КСГ st37.001-st37.013, st37.021-st37.026 в стационарных условиях критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит

оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (далее - ШРМ) в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788н. При оценке 2 балла по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 балла по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией. При оценке 4-5-6 баллов по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

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

Случай реабилитации по КСГ (st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026) длительностью менее предусмотренного соответствующим классификационным критерием значения является прерванным и оплачивается в соответствии с пунктом 2.2.3.

В целях учета случаев медицинской реабилитации с применением роботизированных систем и введение ботулинического токсина добавлены иные классификационные критерии "rbbprob4", "rbbprob5", "rbbrob4d14", "rbbrob5d20" включающие, в том числе оценку по шкале реабилитационной маршрутизации и длительность лечения.

Применение роботизированных систем и/или введение ботулинического токсина для КСГ не является обязательным.

Оплата первого этапа медицинской реабилитации осуществляется с использованием коэффициента сложности лечения пациентов.

Данный коэффициент предусматривает оплату реабилитационных мероприятий при проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5-ти суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней

медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации).

КСЛП «Проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов» применяется один раз к случаю лечения, в том числе в случае, если оплата случая лечения осуществляется по двум КСГ.

2.2.10. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях круглосуточного стационара - за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

В период лечения в круглосуточном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

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

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

2.2.12. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология».

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии онкологических заболеваний учтены в том числе нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются).

Отнесение к КСГ, предусматривающим хирургическое лечение, осуществляется по коду МКБ-10 и коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой.

Формирование КСГ для случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода МКБ-10, кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и для большинства групп - с учетом количества дней проведения лучевой терапии (фракций).

Отнесение к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляется по коду МКБ-10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количеству дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) формируются на основании кода МКБ-10 и схемы лекарственной терапии.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей формируются на основании кода МКБ-10, длительности и дополнительного классификационного критерия, включающего группу лекарственного препарата или МНН лекарственного препарата.

2.3. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

2.3.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара представлен в Приложении № 1.

2.3.2. Оплате подлежит медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара:

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в п. 2.3.3 в Таблице 1 «Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно», за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

Для целей персонифицированного учета медицинской помощи представляются также электронные реестры на оплату медицинской помощи в дневном стационаре.

Для проверки достоверности представляемых реестров счетов в медицинской организации должно быть обеспечено централизованное хранение медицинских карт больных дневных стационаров. При отсутствии

вышеуказанных карт в медицинской организации, предъявленные к оплате суммы считаются необоснованными.

2.3.3. К прерванным случаям относятся:

К прерванным случаям оказания медицинской помощи (далее - прерванный случай) относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи прерывания 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 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, изложенным в подпунктах 1 - 7 данного раздела) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, приведенный в таблице 1.

Таблица 1. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней (включительно)

Код КСГ	Наименование
В условиях дневного стационара	
ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.007	Аборт медикаментозный
ds02.008	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)
ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе <*>
ds08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других

- локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети <*>
- ds08.002 Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети <*>
- ds08.003 Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети <*>
- ds15.002 Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1) <*>
- ds15.003 Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2) <*>
- ds19.028 Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
- ds19.029 Госпитализация в диагностических целях с постановкой (подтверждением) диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ (только для федеральных медицинских организаций)
- ds19.033 Госпитализация в диагностических целях с проведением молекулярно-генетического и (или) иммуногистохимического исследования или иммунофенотипирования
- ds19.116 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1) <*>
- ds19.117 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2) <*>
- ds19.118 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3) <*>
- ds19.119 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4) <*>
- ds19.120 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5) <*>
- ds19.121 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6) <*>
- ds19.122 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7) <*>
- ds19.123 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8) <*>
- ds19.124 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9) <*>
- ds19.125 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) <*>
- ds19.126 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11) <*>

- ds19.127 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12) <*>
- ds19.128 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13) <*>
- ds19.129 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) <*>
- ds19.130 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15) <*>
- ds19.131 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16) <*>
- ds19.132 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17) <*>
- ds19.133 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 18) <*>
- ds19.134 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 19) <*>
- ds19.057 Лучевая терапия (уровень 8)
- ds19.063 ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения (уровень 1)
- ds19.067 ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
- ds19.071 ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
- ds19.075 ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)
- ds20.002 Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
- ds20.003 Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
- ds20.006 Замена речевого процессора
- ds21.002 Операции на органе зрения (уровень 1)
- ds21.003 Операции на органе зрения (уровень 2)
- ds21.004 Операции на органе зрения (уровень 3)
- ds21.005 Операции на органе зрения (уровень 4)
- ds21.006 Операции на органе зрения (уровень 5)
- ds21.007 Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)

- ds25.001 Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
- ds27.001 Отравления и другие воздействия внешних причин
- ds34.002 Операции на органах полости рта (уровень 1)
- ds36.001 Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина <*>
- ds36.011 Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций)
- ds36.012 Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)
- ds36.013 Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)
- ds36.015 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1) <*>
- ds36.016 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2) <*>
- ds36.017 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3) <*>
- ds36.018 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 4) <*>
- ds36.019 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 5) <*>
- ds36.020 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 6) <*>
- ds36.021 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 7) <*>
- ds36.022 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 8) <*>
- ds36.023 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 9) <*>
- ds36.024 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 10) <*>
- ds36.025 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 11) <*>
- ds36.026 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 12) <*>
- ds36.027 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 13) <*>
- ds36.028 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 14) <*>

- ds36.029 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 15) <*>
- ds36.030 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 16) <*>
- ds36.031 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 17) <*>
- ds36.032 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 18) <*>
- ds36.033 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 19) <*>
- ds36.034 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 20) <*>
- ds36.035 Лечение с применением методов афереза (каскадная плазмофильтрация, липидная фильтрация, иммуносорбция) в случае отсутствия эффективности базисной терапии

 <*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 90% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 100% от стоимости КСГ.

Таблицей 2 определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи лечения по КСГ, не входящим в Таблицу 2, не могут быть оплачены с применением вышеперечисленных размеров оплаты прерванных случаев (90% и 100%).

Таблица 2. Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию

В условиях дневного стационара	
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.003	Операции на женских половых органах (уровень 1)
ds02.004	Операции на женских половых органах (уровень 2)
ds09.001	Операции на мужских половых органах, дети
ds09.002	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети

ds10.001	Операции по поводу грыж, дети
ds13.002	Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов
ds14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
ds14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
ds16.002	Операции на периферической нервной системе
ds18.003	Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа
ds19.016	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
ds19.017	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
ds19.028	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
ds20.004	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
ds20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
ds20.006	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
ds21.007	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
ds25.001	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
ds25.002	Операции на сосудах (уровень 1)
ds25.003	Операции на сосудах (уровень 2)
ds28.001	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения
ds29.001	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
ds29.002	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)

ds29.003	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
ds30.002	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
ds30.003	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)
ds30.004	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
ds30.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
ds30.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
ds31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
ds31.003	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)
ds31.004	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)
ds31.005	Операции на органах кроветворения и иммунной системы
ds31.006	Операции на молочной железе
ds32.001	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
ds32.002	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)
ds32.003	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
ds32.004	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
ds32.005	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
ds32.006	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях
ds32.007	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
ds32.008	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
ds34.003	Операции на органах полости рта (уровень 2)

Если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 80% от стоимости КСГ.

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

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов, в модели КСГ дневного стационара предусмотрены КСГ ds02.008-ds02.011.

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

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет один день, в связи с чем указанные случаи оказываются в условиях дневного стационара.

2.3.5. При оказании медицинской помощи больным вирусным гепатитом С в условиях дневного стационара курс противовирусной терапии допустимо разбивать на несколько законченных случаев госпитализации длительностью по 28 дней каждый. Длительность терапии определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи.

2.3.6. В случаях, когда в период проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС пациент между этапами процедуры ЭКО получает экстренную или неотложную помощь в условиях стационара, оба случая подлежат оплате с последующим проведением медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи.

2.3.7. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация».

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

Для КСГ ds37.001-ds37.008, ds37.015-ds37.016 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (далее - ШРМ) в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788н. При оценке 2 балла по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 балла по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах, требующих продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем служит оценка степени тяжести заболевания, определяющая сложность и условия проведения медицинской реабилитации. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок может получать медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

Применение роботизированных систем и/или введение ботулинического

токсина для КСГ не является обязательным.

2.3.8. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология».

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии онкологических заболеваний учтены, в том числе нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются).

Отнесение к КСГ, предусматривающим хирургическое лечение, осуществляется по коду МКБ-10 и коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой.

Формирование КСГ для случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода МКБ-10, кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и для большинства групп - с учетом количества дней проведения лучевой терапии (фракций).

Отнесение к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляется по коду МКБ-10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количеству дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) формируются на основании кода МКБ-10 и схемы лекарственной терапии.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей формируются на основании кода МКБ-10, длительности и дополнительного классификационного критерия, включающего группу лекарственного препарата или МНН лекарственного препарата.

2.3.9. Особенности оплаты случаев лечения пациентов в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях.

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.

Оплата указанных случаев осуществляется в соответствии со следующими правилами:

1. В случае, если пациенту оказывается медицинская помощь в соответствии с классификационными критериями, присутствующими в Группировщике, (в том числе схема лекарственной терапии, хирургическое вмешательство, возрастная группа пациента) оплата осуществляется по КСГ, выбранной по общим правилам отнесения случаев к КСГ.

2. В случае, если пациенту проводится лекарственная терапия, которую невозможно отнести к определенной схеме лекарственной терапии, оплата осуществляется по КСГ по профилю «детская онкология», выбранной в зависимости от диагноза пациента.

2.4. Способы оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

2.4.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, вне медицинских организаций (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) в соответствии с Приложением № 1, оплата медицинской помощи в которых осуществляется:

- 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).

2.4.2. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации лицам, застрахованным на территории Ульяновской области, осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи рассчитывается исходя из годового объема финансовых средств, предназначенных на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС и числа застрахованных на территории Ульяновской области.

Размер среднего подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, рассчитывается по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{CMII} = \frac{OC_{CMII}}{Ч_3}, \text{ где:}$$

OC_{CMII} объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, рублей;

Ч₃ численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек.

Общий объем средств на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ульяновской области, по следующей формуле:

$$ОС_{СМП} = (Н_{ОСМП} \times Н_{ФзСМП}) \times Ч_3 - ОС_{МТР}, \text{ где:}$$

Н_{ОСМП} средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, вызовов;

Н_{ФзСМП} средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

ОС_{МТР} объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов, рублей;

Ч₃ численность застрахованного населения Ульяновской области, человек.

2.4.3. Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ульяновской области, 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 Ульяновской области лицам за вызов, рублей;

КД – единый коэффициент дифференциации Ульяновской области, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462 (1,0).

2.4.4. На основе базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДПн^i = Пн_{БАЗ} \times КД_{ГВ}^i \times КД_{УР}^i \times КД_{ЗП}^i \times КД^i,$$

где:

ДПнⁱ – дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей;

КДⁱ_{ГВ} – коэффициент половозрастного состава;

КДⁱ_{УР} – коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации) для i-той медицинской организации (при необходимости);

КДⁱ_{ЗП} – коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в Ульяновской области, для i-той медицинской организации (при необходимости);

КДⁱ – коэффициент дифференциации i-той медицинской организации.

При осуществлении дифференциации подушевого норматива следует учитывать, что основным фактором дифференциации является половозрастной состав прикрепившегося населения, в соответствии с которым рассчитывается коэффициент специфики оказания медицинской помощи.

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

$$ПК = \frac{Пн_{БАЗ} \times Ч_3 \times КД}{\sum_i (ДПн^i \times Ч_3^i)}, \text{ где:}$$

Ψ^i численность застрахованных лиц, обслуживаемых i -той медицинской организации, человек.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования (Приложение № 23) скорой медицинской помощи вне медицинской организации (ФДПн) рассчитывается по формуле:

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

ФДПн^i фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей.

2.4.5. Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива, численности обслуживаемого населения, а также объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов по следующей формуле:

$$\text{ФО}_{\text{СМП}} = \text{ФДПн}^i \times \Psi^{\text{ПР}} + \text{ОС}_B, \text{ где:}$$

$\text{ФО}_{\text{СМП}}$ размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей;

$\Psi^{\text{ПР}}$ численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорая (специализированная) медицинская помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи - вызов.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются вызовы скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии.

Счет и реестр счетов на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации лицам, застрахованным на территории Ульяновской области, представляется ежемесячно.

В случае значительного отклонения фактически выполненных объемов скорой медицинской помощи от распределенных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов размер финансового обеспечения медицинской организации может

быть скорректирован.

Тариф по ОМС устанавливается за вызов скорой медицинской помощи и за вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии.

За оказанную скорую медицинскую помощь взрослому и детскому населению реестры формируются на основании карты вызова скорой медицинской помощи.

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

2.5. Оплата медицинской помощи в рамках межучрежденческих расчетов

Межучрежденческие расчеты осуществляются с использованием модели оплаты - в рамках Договоров.

В случае использования модели оплаты медицинской помощи в рамках Договоров между медицинскими организациями без участия страховой медицинской организации указанный случай оказания медицинской помощи может быть отражен в реестре счетов только одной медицинской организации. Оплата медицинской помощи в рамках Договоров осуществляется в том числе из средств, направленных страховой медицинской организацией медицинскую организацию, отражающую указанный случай медицинской помощи в реестрах счетов. Комиссия не вправе устанавливать тарифы на оплату медицинской помощи в рамках Договоров.

2.6. Оплата медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным на других территориях

Оплата медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным на территории других субъектов РФ, осуществляется в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ, приказом Министерства здравоохранения РФ от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

Счета и реестры счетов за оказанную медицинскую помощь иногородним гражданам представляются для оплаты в ТФОМС Ульяновской области в течение 10 рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи, в электронном виде, подписанные электронной цифровой подписью в соответствии с действующим законодательством и/или на бумажном носителе, заверенные печатью и подписями руководителя медицинской организации и главного бухгалтера. В случае подписания счетов и реестров счетов электронной цифровой подписью, бумажные носители в ТФОМС Ульяновской области не предоставляются.

ТФОМС Ульяновской области принимает счета МО за лечение иногородних граждан, проводит медико-экономический контроль предъявленного МО реестра счета, счета и, при отсутствии причин,

требующих дополнительного рассмотрения отдельных позиций реестра счета, осуществляет оплату оказанной медицинской помощи, не позднее 25 дней с даты представления счета медицинской организацией. Оплата осуществляется по тарифам, действующим на момент выписки больного.

Не подлежит оплате по межтерриториальным расчетам медицинская помощь, не входящая в базовую программу ОМС.

Медицинские организации всех форм собственности, входящие в систему ОМС, ведут отдельный учет объемов медицинской помощи и их финансирования средствами обязательного медицинского страхования по видам медицинской помощи.

В случае не включения информации о пролеченных больных за отчетный месяц, дополнительные реестры счетов и счет, медицинскими организациями представляются в ТФОМС Ульяновской области в установленном порядке.

РАЗДЕЛ 3. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Общие принципы и условия применения тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС

Расчет тарифов может осуществляться на единицу объема медицинской помощи (1 обращение в связи с заболеванием, 1 посещение с профилактическими и иными целями, 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров, 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации определенных групп взрослого и детского населения, 1 комплексное посещение для проведения углубленной диспансеризации, 1 комплексное посещение диспансерного наблюдения, 1 комплексное посещение медицинской реабилитации, 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме, 1 случай госпитализации, 1 вызов скорой медицинской помощи), на медицинскую услугу, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц.

Тарифы по ОМС применяются в соответствии со способами оплаты медицинской помощи.

Установление тарифов на отдельные медицинские услуги осуществляется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - тарифы по ОМС) в одной медицинской организации являются едиными для всех страховых медицинских организаций (далее - СМО), участвующих в сфере обязательного медицинского страхования Ульяновской области, оплачивающих медицинскую помощь в рамках

Территориальной программы ОМС.

Тарифы по ОМС дифференцируются по видам и условиям оказания медицинской помощи, по профилям медицинской помощи и по категориям населения (взрослое, детское).

Тарифы по ОМС применяются в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ульяновской области на 2024 год и плановый период 2025 и 2026 годов, утвержденной постановлением Правительства Ульяновской области от 29.12.2023 № 772-П и в части расходов 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.

При формировании реестров по законченным случаям оказания медицинской помощи применяются тарифы по ОМС, действующие на дату окончания лечения.

Тарифы по ОМС могут корректироваться с учетом изменения финансового обеспечения Территориальной программы ОМС.

Тарифы по ОМС формируются с учетом нормативов объема медицинской помощи, финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и подушевого норматива финансового обеспечения, и включают виды затрат (расходов), установленных Территориальной программой ОМС.

Тарифы оплаты медицинской помощи:

- тарифы для скорой медицинской помощи - по вызовам скорой медицинской помощи и вызовам скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии);

- тарифы для медицинской помощи в амбулаторных условиях на 1 посещение с профилактической и иными целями - по врачебным специальностям, по специальностям средних медицинских работников, ведущих самостоятельный прием вместо врача в поликлинике;

- тарифы на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме (врачебная - в поликлинике и на дому; доврачебная - в

поликлинике и на дому) в амбулаторных условиях;

- тарифы на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях - по врачебным специальностям, по специальностям средних медицинских работников вместо врача ведущих самостоятельный прием;

- тарифы за комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров, комплексное посещение для проведения диспансеризации определенных групп взрослого и детского населения, комплексное посещение для проведения углубленной диспансеризации, комплексное посещение диспансерного наблюдения, комплексное посещение медицинской реабилитации;

- тарифы медицинской помощи, оказываемой Центрами здоровья при проведении комплексного обследования и повторного посещения;

- тарифы стоматологической помощи в условных единицах трудоемкости (далее - УЕТ);

- тарифы на отдельные медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях;

- тарифы на отдельные диагностические (лабораторные) исследования (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации);

- тарифы для медицинской помощи в условиях дневного стационара - по законченному случаю лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ);

- тарифы для медицинской помощи в стационарных условиях - по законченному случаю лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ);

- тарифы на услуги диализа, оказываемые в условиях круглосуточного стационара (только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации).

Оплата медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях Ульяновской области лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, осуществляется по видам, условиям и формам оказания медицинской помощи, включенным в территориальную программу ОМС, по способам, тарифам, действующим на территории Ульяновской области.

Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ульяновской области (далее - Комиссия) между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к

медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, а также потребности застрахованных лиц в медицинской помощи.

Комиссия рассматривает предложения по перераспределению установленных объемов предоставления медицинской помощи.

В целях оценки исполнения плановых объемов медицинской помощи медицинские организации определяют квартальную и месячную долю объемов медицинской помощи и осуществляют мониторинг их выполнения.

Результаты мониторинга учитываются при формировании Заявки на изменение объемов медицинской помощи медицинских организаций.

Финансовые средства обязательного медицинского страхования, предназначенные для оплаты медицинской помощи, аккумулируются в ТФОМС Ульяновской области.

ТФОМС Ульяновской области производит финансирование СМО по дифференцированному подушевому нормативу финансового обеспечения, которые из полученных средств оплачивают медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями в рамках Территориальной программы ОМС.

Медицинские организации, работающие в сфере ОМС, используют тарифы по ОМС на медицинскую помощь, утвержденные в установленном порядке и применяют их для определения стоимости оказанной медицинской помощи и формирования реестров счетов и счетов, которые предоставляются в ТФОМС Ульяновской области.

В случае если гражданин сменил в течение периода лечения страховую медицинскую организацию, оплату производит СМО, застраховавшая гражданина на дату окончания лечения.

В случае если пациент не был застрахован на дату начала лечения, оплату производит СМО, застраховавшая гражданина на дату окончания лечения.

Счета и реестры счетов за оказанную медицинскую помощь формируются в медицинских организациях на бумажном носителе заверенные печатью и подписанные руководителем и главным бухгалтером и/или в электронном виде, подписанные электронной цифровой подписью в соответствии с действующим законодательством.

Счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи представляются медицинскими организациями в ТФОМС Ульяновской области в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным.

СМО производят оплату счетов и реестров счетов за оказанную медицинскую помощь медицинскими организациями из полученных от ТФОМС Ульяновской области финансовых средств в соответствии с установленным способом оплаты медицинской помощи по утвержденным тарифам ОМС.

При нехватке средств на оплату медицинской помощи СМО имеют право обратиться в ТФОМС Ульяновской области за предоставлением целевых средств из нормированного страхового запаса, в соответствии с действующим законодательством.

Оплата конкретной медицинской организации медицинской помощи,

оказанной в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, входящих в Территориальную программу ОМС, осуществляется при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности и договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенного между ТФОМС Ульяновской области, страховыми медицинскими организациями и медицинской организацией.

Проведение профилактического медицинского осмотра и диспансеризации взрослого населения осуществляется в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», определяющего порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения.

Профилактический медицинский осмотр проводится в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов.

Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно:

- 1) в качестве самостоятельного мероприятия;
- 2) в рамках диспансеризации;
- 3) в рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации)).

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Диспансеризация проводится:

- 1) 1 раз в три года в возрасте от 18 до 39 лет включительно;
- 2) ежегодно в возрасте 40 лет и старше, а также в отношении отдельных категорий граждан, включая:
 - а) инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, а также участников Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);
 - б) лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);
 - в) бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в

период второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

г) работающих граждан, не достигших возраста, дающего право на назначение пенсии по старости, в том числе досрочно, в течение пяти лет до наступления такого возраста и работающих граждан, являющихся получателями пенсии по старости или пенсии за выслугу лет.

Гражданин проходит профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.

Диспансеризация проводится в два этапа.

Первый этап диспансеризации (скрининг) проводится с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, риска пагубного употребления алкоголя, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, определения группы здоровья, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами (врачом-неврологом, врачом-хирургом, врачом - акушером-гинекологом, врачом-отоларингологом, врачом-офтальмологом) для уточнения диагноза заболевания (состояния) на втором этапе диспансеризации.

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния).

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются завершенными и подлежит оплате в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа) в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простатспецифического антигена в крови, которые проводятся в соответствии с приложением № 2 к Порядку проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи

(комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований.

При проведении ежегодной диспансеризации инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, а также участников Великой Отечественной войны, бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий) работающих граждан, не достигших возраста, дающего право на назначение пенсии по старости, в том числе досрочно, в течение пяти лет до наступления такого возраста и работающих граждан, являющихся получателями пенсии по старости или пенсии за выслугу лет оплата первого этапа диспансеризации при использовании способа оплаты по тарифу за комплексное посещение осуществляется в соответствии с тарифами, представленными в настоящем Тарифном соглашении для соответствующих групп взрослого населения, определенных для лиц ближайшей половозрастной категории.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации могут проводиться мобильными медицинскими бригадами, осуществляющими свою деятельность в соответствии с Правилами организации деятельности мобильной медицинской бригады, предусмотренными приложением № 8 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н.

Оплата II этапа диспансеризации осуществляется по тарифам на посещения с иными целями по специальностям тех врачей, которые участвовали в консультировании в рамках проведения данного этапа диспансеризации, а также по тарифам на отдельно выделенные медицинские услуги, в случаях их проведения.

Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях включается в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи.

Направлениями использования телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи являются:

- дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой;
- дистанционное взаимодействие медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями.

В стационарных условиях и в условиях дневного стационара медицинская помощь с применением телемедицинских технологий включается в стоимость законченного случая лечения, рассчитанного на основе КСГ.

Средства ОМС используются медицинскими организациями по целевому назначению в соответствии со структурой утвержденного тарифа по ОМС.

3.2. Размер тарифов в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

3.2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС и составляет:

- для проведения профилактических медицинских осмотров – 697,62 рубля;

- для проведения диспансеризации – 1062,87 рубля;

- при посещении с иными целями – 823,01 рубля;

- при посещении по неотложной медицинской помощи – 451,60 рубля;

- при обращении по поводу заболевания – 3383,00 рубля, включая средние нормативы финансовых затрат на проведение одного исследования:

а) компьютерной томографии – 147,54 рубля;

б) магнитно-резонансной томографии – 72,57 рубля;

в) ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 56,02 рубля;

г) эндоскопического диагностического исследования – 33,47 рубля;

д) молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – 10,18 рублей;

е) патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 34,06 рубля;

ж) тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 44,61 рубля;

- диспансерное наблюдение – 583,65 рубля;

- медицинская реабилитация – 67,36 рубля.

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, составляет 7069,1 рубля.

3.2.2. Размер базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, составляет 1791,91 рублей.

3.2.3. Тарифы, применяемые для оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (Приложения № 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13):

- а) посещений Центров здоровья;
- б) посещений с иными целями;
- в) обращений по поводу заболевания;
- г) неотложной помощи;
- д) стоматологической помощи;

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

- е) услуги диализа;

з) комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров, комплексные посещения для проведения диспансеризации определенных групп взрослого и детского населения, комплексное посещение диспансерного наблюдения.

3.2.4. Тарифы для возмещения медицинским организациям расходов, связанных с оказание отдельных медицинских услуг сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, отдельным категориям граждан Российской Федерации, уволенным со службы в органах внутренних дел, органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, членам их семей и лицам, находящимся на их иждивении медицинской помощи (Приложение № 14).

3.2.5. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива используются для расчета финансового норматива на одно застрахованное лицо в месяц, предусматривающий различия в затратах на оказание медицинской помощи по отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола и возраста.

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц в Ульяновской области распределяется на следующие половозрастные группы:

- ноль - один год мужчины/женщины;
- один год - четыре года мужчины/женщины;
- пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;
- восемнадцать - шестьдесят четыре года мужчины/женщины;
- шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

Затем на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи (с учетом видов и условий оказания медицинской помощи), оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, и о численности застрахованных лиц за данный период рассчитываются половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для каждой

половозрастной группы застрахованных лиц.

3.2.6. Коэффициент дифференциации на прикрепившихся лиц с учетом расходов на содержание медицинской организации и оплату труда персонала, устанавливаемого для медицинских организаций и их подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек в 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.

3.2.7. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива рассчитываются ТФОМС Ульяновской области не реже одного раза в год.

Половозрастные коэффициенты дифференциации
амбулаторно-поликлинической помощи на 2024 год

Возрастные группы	Пол	Половозрастные коэффициенты дифференциации амбулаторно-поликлинической помощи
0 - 1	М	1,95715
0 - 1	Ж	1,81646
1 - 4	М	2,28757
1 - 4	Ж	2,26245
5 - 17	М	1,58548
5 - 17	Ж	1,64252
18 - 64	М	0,41856
18 - 64	Ж	0,95123
65 и старше	М	1,60000
65 и старше	Ж	1,60000

3.2.8. Перечень показателей результативности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц:

1. Доля врачебных посещений с профилактической целью за период, от общего числа посещений за период (включая посещения на дому).

2. Доля взрослых с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы

кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период.

3. Доля взрослых с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период.

4. Доля взрослых с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период.

5. Доля взрослых с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.

6. Выполнение плана вакцинации взрослых граждан по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19).

7. Доля взрослых с болезнями системы кровообращения, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.

8. Число взрослых с болезнями системы кровообращения, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в экстренной и неотложной форме, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.

9. Доля взрослых с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период.

10. Доля взрослых с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период.

11. Доля взрослых с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.

12. Доля взрослых, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период.

13. Доля взрослых, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений.

14. Доля взрослых, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период.

15. Охват вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок.

16. Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период.

17. Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период.

18. Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период.

19. Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней системы кровообращения за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения за период.

20. Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период.

21. Доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период.

22. Доля беременных женщин, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19, за период, от числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода.

23. Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период.

24. Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное

новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период.

25. Доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период.

3.2.9. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия (несоответствия) требованиям, предусмотренным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению предусмотрен Приложением № 24.

3.3. Размер тарифов в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, 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 7716,4 рублей.

Базовая ставка на оплату медицинской помощи оказываемой в условиях круглосуточного стационара по обязательному медицинскому страхованию по законченному случаю заболевания, включенного в соответствующую клинко-статистическую группу заболеваний (КСГ) установлена в размере 28402,50 рубля (Приложение № 15).

Базовая ставка рассчитывается по формуле:

$$БС = \frac{ОС - О_{СЛП}}{Ч_{СЛ} \times СПК \times КД}$$

СПК рассчитывается по формуле:

$$СПК = \frac{\sum (КЗ_i \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО}^i \times КД_i \times Ч_{СЛ}^i)}{Ч_{СЛ}}$$

При расчете базовой ставки в качестве параметра $О_{СЛП}$ Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия) использует сумму, характеризующую вклад коэффициента сложности лечения пациента в совокупный объем средств на оплату медицинской помощи:

$$O_{\text{слп}} = \sum (\text{БС} \times \text{КД}^{<*>} \times \text{КСЛП}_i),$$

где:

КСЛП_i - размер КСЛП, применяемый при оплате i-го случая оказания медицинской помощи в 2023 году.

<*> КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) - 28402,50 руб.;

НФЗ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи – 43696,10 руб.;

$$\text{КП} = 28402,50 / 43696,10 = 0,65.$$

3.3.2. Перечень клинико-статистических групп и установленные коэффициенты относительной затратно-коэффициенты специфики для определения стоимости КСГ по медицинской помощи в условиях круглосуточных стационаров и стоимость законченного случая лечения по клинико-статистическим группам в условиях круглосуточного стационара в зависимости от оказания уровня медицинской помощи приведена, приведены в Приложении № 16.

Значение коэффициента уровня медицинской организации составляет:

- 1) для медицинских организаций 1-го уровня – 0,90;
- 2) для медицинских организаций 2-го уровня - 1,05;
- 3) для медицинских организаций 3-го уровня - 1,25.

Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС Ульяновской области в части оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по уровням оказания медицинской помощи представлен в Приложение № 17.

3.3.3. В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, 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.

Если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 80% от стоимости КСГ.

3.3.4. Нормативы финансовых затрат на единицу объема в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи (Приложение № 18).

3.4. Размер тарифов в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, составляет 1948,6 рублей.

Базовая ставка на оплату медицинской помощи оказываемой в условиях дневного стационара по ОМС по законченному случаю заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний, установлена в размере 16025,94 рублей (Приложение № 19).

Базовая ставка рассчитывается по формуле:

$$БС = \frac{ОС - О_{СЛП}}{Ч_{СЛ} \times СПК \times КД}, \text{ где:}$$

СПК рассчитывается по формуле:

$$СПК = \frac{\sum (КЗ_i \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО}^i \times КД_i \times Ч_{СЛ}^i)}{Ч_{СЛ}},$$

При расчете базовой ставки в качестве параметра $О_{СЛП}$ Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия) использует сумму, характеризующую вклад коэффициента сложности лечения пациента в совокупный объем средств на оплату медицинской помощи:

$$О_{СЛП} = \sum (БС \times КД^{<*>} \times КСЛП_i),$$

где:

$КСЛП_i$ размер КСЛП, применяемый при оплате i-го случая оказания медицинской помощи в 2023 году.

<*> - КД не применяется для КСЛП "проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями" (равно единице).

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПП (базовая ставка) - 16025,94 руб.;

НФЗ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи - 26709,90 руб.;

$$\text{КП} = 16025,94 / 26709,90 = 0,6.$$

3.4.2. Перечень клинико-статистических групп и установленные коэффициенты относительной затратно-емкости, коэффициенты специфики для определения стоимости КСГ по медицинской помощи в условиях дневных стационаров и стоимость законченного случая лечения по клинико-статистическим группам в условиях дневного стационара в зависимости от оказания уровня медицинской помощи приведена, приведены в Приложении № 20.

На территории Ульяновской области коэффициент уровня медицинской организации в условиях дневного стационара не установлен. При расчете стоимости одного случая лечения в условиях дневного стационара значение параметра коэффициента уровня принимается равным 1;

Коэффициент сложности лечения пациента в условиях дневного стационара не установлен. При расчете стоимости одного случая лечения в условиях дневного стационара значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

3.4.3. В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, 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.

Если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 80% от стоимости КСГ.

3.5. Размер тарифов в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации

3.5.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, 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 1060,6 рублей.

3.5.2. Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи – 1020,89 рубля.

3.5.3. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи), применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов приведены в 22 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на 1 вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии ($T_{\text{СМПТР}}$) определяются по следующей формуле:

$$T_{\text{СМПТР}} = T_{\text{СМПСП}} + \text{ОС}_{\text{ТР}}, \text{ где:}$$

$T_{\text{СМПСП}}$ - тариф на 1 вызов скорой медицинской помощи (врачебная бригада без проведения тромболитической терапии).

$\text{ОС}_{\text{ТР}}$ - размер средств, направляемых на приобретение лекарственных препаратов, используемых для проведения тромболитической терапии при оказании скорой медицинской помощи:

- препарат Метализе - 60379,00 руб.;
- препарат Фортелизин (в количестве 3 флаконов) - 50493,30 рублей.

3.5.4. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива используются для расчета финансового норматива на одно застрахованное лицо в месяц, предусматривающий различия в затратах на оказание медицинской помощи по отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола и возраста.

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации распределяется на следующие половозрастные группы:

- ноль - один год мужчины/женщины;
- один год - четыре года мужчины/женщины;
- пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;
- восемнадцать - шестьдесят четыре года мужчины/женщины;
- шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

Затем на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи (с учетом видов и условий оказания медицинской помощи), оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, и о численности застрахованных лиц за данный период рассчитываются половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для каждой половозрастной группы застрахованных лиц.

**Половозрастные коэффициенты дифференциации
скорой медицинской помощи на 2024 год**

Возрастные группы	Пол	Половозрастные коэффициенты дифференциации скорой медицинской помощи
0 - 1	М	0,30426
0 - 1	Ж	0,32485
1 - 4	М	1,63184
1 - 4	Ж	1,38698
5 - 17	М	0,57046
5 - 17	Ж	0,54682
18 - 64	М	0,72827
18 - 64	Ж	0,75977
65 и старше	М	1,76490
65 и старше	Ж	2,18244

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива рассчитываются ТФОМС Ульяновской области не реже одного раза в год.

При определении дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, значения коэффициентов:

- дифференциации (КД), для всех медицинской организации принимается равным 1;

- уровня (КУмо), для всех медицинских организаций принимается равным 1;

- дифференциации (КДпн), учитывающий особенности расселения и плотность населения, транспортную доступность медицинских организаций, климатические и географические особенности отдельных территорий Ульяновской области, для всех медицинских организаций принимается равным 1.

**3.6. Доли заработной платы в структуре затрат на оказание
высокотехнологичной медицинской помощи**

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

1 группа - 35%; 2 группа - 41%; 3 группа - 17%; 4 группа - 23%; 5 группа - 32%; 6 группа - 7%; 7 группа - 52%; 8 группа - 35%; 9 группа - 50%; 10 группа - 29%; 11 группа - 26%; 12 группа - 21%; 13 группа - 18%; 14 группа - 18%; 15 группа - 39%; 16 группа - 30%; 17 группа - 23%; 18 группа - 32%; 19 группа - 28%; 20 группа - 56%; 21 группа - 38%; 22 группа - 24%; 23 группа - 39%; 24

группа - 37%; 25 группа - 36%; 26 группа - 27%; 27 группа - 21%; 28 группа - 46%; 29 группа - 37%; 30 группа - 36%; 31 группа - 26%; 32 группа - 40%; 33 группа - 23%; 34 группа - 35%; 35 группа - 23%; 36 группа - 20%; 37 группа - 32%; 38 группа - 37%; 39 группа - 57%; 40 группа - 51%; 41 группа - 45%; 42 группа - 56%; 43 группа - 47%; 44 группа - 35%; 45 группа - 20%; 46 группа - 18%; 47 группа - 15%; 48 группа - 11%; 49 группа - 10%; 50 группа - 9%; 51 группа - 18%; 52 группа - 16%; 53 группа - 39%; 54 группа - 18%; 55 группа - 53%; 56 группа - 20%; 57 группа - 19%; 58 группа - 16%; 59 группа - 26%; 60 группа - 34%; 61 группа - 24%; 62 группа - 46%; 63 группа - 9%; 64 группа - 30%; 65 группа - 33%; 66 группа - 21%; 67 группа - 28%; 68 группа - 33%; 69 группа - 18%; 70 группа - 33%.

3.7. Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ

Медицинская помощь по отдельным группам заболеваний, состояний оплачивается с применением коэффициента дифференциации и поправочного коэффициента (коэффициента специфики оказания медицинской помощи) к доле заработной платы и прочих расходов в составе тарифа:

В стационарных условиях:

Слинговые операции при недержании мочи - 30,45%

Операции на женских половых органах:

уровень 5 - 38,49%

уровень 6 - 31,98%

уровень 7 - 33,61%

Лечение дерматозов с применением наружной терапии - 97,47%

Лечение дерматозов с применением наружной терапии, физиотерапии, плазмафереза - 98,49%

Лечение дерматозов с применением наружной и системной терапии - 99,04%

Лечение дерматозов с применением наружной терапии и фототерапии - 98%

Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 7) - 16,23%

Детская хирургия (уровень 3) - 32,42%

Коронавирусная инфекция COVID-19:

уровень 1 - 91,12%

уровень 2 - 61,3%

уровень 3 - 63,24%

уровень 4 - 77,63%

Операции на кишечнике и анальной области (уровень 4) - 33,32%

Прочие операции при ЗНО:

уровень 1 - 28,13%

уровень 2 - 39,56%

Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кровяной тканей):

уровень 1 - 58,94%

уровень 2 - 44,62%
уровень 3 - 39,95%
уровень 4 - 20,78%
уровень 5 - 29,77%
уровень 6 - 10,42%
уровень 7 - 18,31%
уровень 8 - 7,76%
уровень 9 - 6,02%
уровень 10 - 7,08%
уровень 11 - 3,54%
уровень 12 - 3,1%
уровень 13 - 2,8%
уровень 14 - 2,24%
уровень 15 - 1,88%
уровень 16 - 1,62%
уровень 17 - 1,37%
уровень 18 - 1,1%
уровень 19 - 0,61%

Лучевая терапия (уровень 8) - 8,58%

Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией:

уровень 2 - 87,08%
уровень 3 - 88,84%
уровень 4 - 87,05%
уровень 5 - 88,49%
уровень 6 - 46,03%
уровень 7 - 26,76%

ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1 - 3) - 75,76%

ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые:

уровень 1 - 34,68%
уровень 2 - 54,54%
уровень 3 - 62,75%
уровень 4 - 5,02%
уровень 5 - 16,99%
уровень 6 - 26,29%

Замена речевого процессора - 0,74%

Операции на органе зрения:

(факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ) - 14,38%

Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 7) - 20,13%

Другие операции на органах брюшной полости:

уровень 4 - 34,65%
уровень 5 - 38,58%

Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций)

(уровень 1 - 3) - 30%

Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций)

(уровень 4) - 6,61%

Экстракорпоральная мембранная оксигенация - 27,22%

Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами:

уровень 1 - 0%

уровень 2 - 0%

уровень 3 - 0%

Радиойодтерапия - 70,66%

Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции:

уровень 1 - 5,85%

уровень 2 - 4,58%

Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов:

инициация или замена - 34,5%

уровень 1 - 54,58%

уровень 2 - 41,92%

уровень 3 - 34,06%

уровень 4 - 24,29%

уровень 5 - 19,35%

уровень 6 - 16,46%

уровень 7 - 14,09%

уровень 8 - 12,87%

уровень 9 - 10,94%

уровень 10 - 9,46%

уровень 11 - 7,83%

уровень 12 - 7,32%

уровень 13 - 5,61%

уровень 14 - 4,55%

уровень 15 - 3,21%

уровень 16 - 1,76%

уровень 17 - 1,14%

уровень 18 - 0,9%

уровень 19 - 0,56%

уровень 20 - 0,28%

Посттрансплантационный период после пересадки костного мозга - 62,44%

В условиях дневного стационара:

Экстракорпоральное оплодотворение:

уровень 1 - 18,93%

уровень 2 - 24,1%

уровень 3 - 21,02%

уровень 4 - 20,44%

Лечение дерматозов с применением наружной терапии - 97,44%

Лечение дерматозов с применением наружной терапии, физиотерапии, плазмафереза - 96,3%

Лечение дерматозов с применением наружной и системной терапии - 98,27%

Лечение дерматозов с применением наружной терапии и фототерапии - 98,2%

Лечение хронического вирусного гепатита С:

- уровень 1 - 11,26%
- уровень 2 - 7,83%
- уровень 3 - 5,30%
- уровень 4 - 3,86%

Вирусный гепатит В хронический без дельта агента, лекарственная терапия - 71,53%

Вирусный гепатит В хронический с дельта агентом, лекарственная терапия - 7,74%

Госпитализация в диагностических целях с постановкой (подтверждением) диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ (только для федеральных медицинских организаций) - 13,96%

Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей):

- уровень 1 - 30,02%
- уровень 2 - 18,02%
- уровень 3 - 24,72%
- уровень 4 - 23,33%
- уровень 5 - 43,50%
- уровень 6 - 10,53%
- уровень 7 - 7,12%
- уровень 8 - 15,95%
- уровень 9 - 25,57%
- уровень 10 - 23,83%
- уровень 11 - 12,39%
- уровень 12 - 3,49%
- уровень 13 - 14,59%
- уровень 14 - 3,57%
- уровень 15 - 4,96%
- уровень 16 - 7,49%
- уровень 17 - 5,71%
- уровень 18 - 0,3%
- уровень 19 - 0,31%

Лучевая терапия (уровень 8) - 3,66%

Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией:

- уровень 1 - 78,38%
- уровень 3 - 82,64%
- уровень 4 - 31,86%
- уровень 5 - 16,69%

ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые

(уровень 1 - 4) - 53,47%

ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые:

уровень 1 - 8,46%

уровень 2 - 20,75%

уровень 3 - 30,7%

уровень 4 - 37,88%

уровень 5 - 0,82%

уровень 6 - 2,51%

уровень 7 - 5,81%

уровень 8 - 9,09%

Замена речевого процессора - 0,23%

Операции на органе зрения:

(факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ) - 10,32%

Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) - 30%.

Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции:

уровень 1 - 1,09%

уровень 2 - 0,51%

Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов:

инициация или замена - 17,94%

уровень 1 - 4,66%

уровень 2 - 3,1%

уровень 3 - 1,88%

уровень 4 - 1,44%

уровень 5 - 1,3%

уровень 6 - 0,99%

уровень 7 - 3,38%

уровень 8 - 0,79%

уровень 9 - 4,69%

уровень 10 - 0,7%

уровень 11 - 0,87%

уровень 12 - 2,22%

уровень 13 - 0,94%

уровень 14 - 0,36%

уровень 15 - 0,72%

уровень 16 - 0,39%

уровень 17 - 2,82%

уровень 18 - 0,07%

уровень 19 - 0,03%

уровень 20 - 0,02%.

3.8. Структура тарифов на оплату медицинской помощи

Структура тарифов на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 400 тыс. рублей за единицу, а также 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.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи, включают в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств.

После завершения участия медицинской организации в реализации программы обязательного медицинского страхования на соответствующий год и исполнения медицинской организацией всех обязательств по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому

страхованию и договору на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, а также при отсутствии у медицинской организации просроченной кредиторской задолженности, кредиторской задолженности по оплате труда, начислениям на выплаты по оплате труда допускается использование медицинской организацией средств обязательного медицинского страхования, полученных за оказанную медицинскую помощь, по направлениям расходования и в размере, которые определяются учредителем медицинской организации, с последующим уведомлением Министерства здравоохранения Ульяновской области. Направления расходования указанных средств устанавливаются территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Указанные средства запрещается направлять на осуществление капитальных вложений в строительство, реконструкцию и капитальный ремонт, приобретение недвижимого имущества, транспортных средств, ценных бумаг, долей (вкладов) в уставный (складочный) капитал организаций, паев, уплату процентов и погашение основной суммы долга по кредитам (займам), а также на уплату иных платежей, предусмотренных договорами кредита (займа) (за исключением случаев образования кредитной задолженности в целях приобретения оборудования в соответствии со стандартами оснащения медицинских организаций (их структурных подразделений), предусмотренными положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, для оказания медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования.

В соответствии с пп. 6 п. 204 приказа Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» при отсутствии у медицинской организации в течение трех месяцев просроченной кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования с ограничением платежа в размере до одного миллиона рублей в год за один объект лизинга. В случае наличия у медицинской организации просроченной кредиторской задолженности в течение трех месяцев, то расходы на финансовую аренду объектов (лизинг) или приобретение предмета лизинга включаются в размере, не превышающем ста тысяч рублей.

При формировании тарифов за счет средств ОМС учитываются нормативные затраты лечебных, параклинических и вспомогательных подразделений медицинских организаций, обеспечивающих оказание медицинской помощи в соответствии с утвержденными в установленном порядке объемами медицинской помощи по Территориальной программе ОМС (за исключением служб и подразделений медицинских организаций, деятельность которых не оплачивается за счет средств ОМС).

С целью предоставления медицинской помощи в соответствии с

порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи за счет средств ОМС, фактически поступивших в медицинскую организацию, осуществляются расходы по оплате диагностических (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования или их недостаточности), консультативных и иных медицинских услуг, закупаемых в других медицинских организациях. Взаиморасчеты медицинских организаций осуществляются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации на основании заключаемых договоров.

Приобретение лекарственных препаратов осуществляется в соответствии с перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утвержденным распоряжением Правительства РФ от 12.10.2019 № 2406-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи», Федеральным законом от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», стандартами медицинской помощи.

Приобретение лекарственных препаратов, не входящих в стандарт медицинской помощи, перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, осуществляется на основании решения врачебной комиссии медицинской организации. Приобретение перевязочных средств осуществляется в соответствии с рекомендованными нормативами потребления, утвержденными приказом Министерства здравоохранения СССР от 28.08.1985 № 1145.

Кроме этого, за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение проведения 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 формировании тарифов в части оплаты труда работников медицинских организаций не учитываются и в структуру тарифа не входят:

- доплаты к заработной плате, выплаты стимулирующего характера работников медицинских организаций, установленные сверх размеров, утвержденных нормативными правовыми актами Российской Федерации и нормативными правовыми актами Ульяновской области;

- оплата труда работников медицинских организаций по специальностям,

не оплачиваемым из средств ОМС (врач-дерматовенеролог при заболеваниях, передаваемых половым путем, врач-психиатр-нарколог, врач-психиатр, врач-психотерапевт, врач-фтизиатр, медицинская сестра врача-дерматовенеролога, медицинская сестра врача психиатра-нарколога, медицинская сестра врача-психиатра, медицинская сестра врача-психотерапевта, медицинская сестра врача-фтизиатра);

- должности врачебного, среднего, младшего медицинского и прочего персонала, не предусмотренные номенклатурой должностей медицинских работников и прочего персонала медицинских организаций);

- оплата труда специалистов с высшим и средним медицинским образованием, оказывающих медицинскую помощь, не предусмотренную разрешением на медицинскую деятельность (лицензией) и (или) не имеющих действующих сертификатов по соответствующей специальности (за исключением медицинских работников, замещающих должности врача-стажера, на период прохождения в установленном порядке профессиональной переподготовки и получения сертификата по соответствующей специальности);

- оплата труда штатных единиц, не предусмотренных нормативными правовыми актами Российской Федерации и (или) нормативными правовыми актами Ульяновской области, регламентирующими структуру медицинских организаций, штатную численность работников.

За счет средств ОМС не оплачиваются расходы на:

- услуги по транспортировке пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места их фактического проживания до места получения медицинской помощи методом заместительной почечной терапии и обратно;

- приобретение иммунобиологические препараты для иммунопрофилактики заболеваний в соответствии с Федеральным законом от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»;

- приобретение туберкулина, используемого для проведения туберкулинодиагностики.

В состав тарифа на оплату амбулаторной медицинской помощи, оказываемой консультативными поликлиниками (консультативный прием), включены расходы на посещение врача-специалиста и расходы на оказание медицинских услуг с лабораторной, диагностической и/или лечебной целью.

В состав тарифа случая лечения по КСГ дневных стационаров, организованных для оказания медицинской помощи больным психоневрологического профиля, детям, включаются расходы на питание.

В состав тарифа случая лечения по КСГ, норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи при оказании ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП при оказании медицинской помощи детям в стационарных условиях включаются затраты на предоставление спального места и питания одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя, находившегося с ребенком до достижения им возраста 4 лет, а с ребенком старше данного возраста - при наличии

медицинских показаний.

В состав тарифа посещений в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме входят расходы на обеспечение граждан необходимыми лекарственными препаратами с целью снятия неотложного состояния пациента.

В состав тарифа на отдельно выделенную медицинскую услугу «Комплексная услуга в приемном отделении без последующей госпитализации, 1 категория, 2 категория» включены расходы на прием врача-специалиста (врачей-специалистов) и расходы на оказание лабораторных и диагностических мероприятий, в том числе проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и т.д.

При формировании реестров счетов за оказанную медицинскую помощь применяются тарифы, действующие на дату завершения случая лечения, указанную в медицинской документации (медицинская карта стационарного больного, талон амбулаторного пациента и т.д.).

РАЗДЕЛ 4. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ, ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи (далее - МЭК, МЭЭ, ЭКМП), согласно статье 41 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком организации и проведения контроля.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.16.1) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{НО},$$

где:

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

PT - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный за оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской

помощи;

$K_{НО}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

В случаях применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = (PT_1 - PT_2) + PT_2 \times K_{НО},$$

где:

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

PT_1 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

PT_2 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу);

$K_{НО}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

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

$$C_{шт} = РП \times K_{шт},$$

где:

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

РП - установленный тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленный территориальной

программой на год (за исключением кода нарушения/дефекта 2.16.1, для которого РП - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи):

1. в амбулаторных условиях - установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Ульяновской области подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам в амбулаторных условиях – 6990,83 руб.;

2. при оплате скорой медицинской помощи вне медицинской организации - установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Ульяновской области подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для скорой медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам – 1033,74 руб.;

3. в стационарных условиях, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи - установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Ульяновской области подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам – 7362,91 руб.;

4. в условиях дневного стационара, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи - установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи субъекта Ульяновской области подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам – 1886,15 рубля.

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

С целью достижения сопоставимости размера штрафов по сопоставимым основаниям в одинаковых условиях оказания медицинской помощи среди медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в случае, если медицинская помощь, в отношении которой по результатам МЭК, МЭЭ или ЭКМП принято решение о необходимости применения штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, подлежит оплате в Ульяновской области по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, при определении размера штрафа применяется значение вышеуказанных подушевых нормативов

финансирования в зависимости от условий, в которых фактически была оказана медицинская помощь, подлежащая наложению штрафа, независимо от применяемого способа оплаты.

Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП приведены в следующей таблице.

Значение коэффициентов для определения размера неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, за несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

Код нарушения	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (К _{НО})	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (К _{шт})
РАЗДЕЛ 1. НАРУШЕНИЯ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ			
1.1.	Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения	0	0,3
1.2.	Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения	0	1

	профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения (в случае, если установление диагноза и постановка на диспансерное наблюдение должно быть осуществлено в рамках одного случая оказания медицинской помощи)		
1.3.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей	1	0,3
1.4.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
1.4.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета	1	0
1.4.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов	1	0
1.4.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение, отсутствие сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи по данным персонализированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам	1	0
1.4.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов	1	0
1.4.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку)	1	0
1.4.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты	1	0
1.5.	Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица,	1	0

	приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе)		
1.6.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.6.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в программу обязательного медицинского страхования	1	0
1.6.2.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании	1	0
1.6.3.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании	1	0
1.6.4.	включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации, медицинских услуг, оказываемой частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности	1	0
1.7.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:		
1.7.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, неустановленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании	1	0
1.7.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим установленным в соответствии с законодательством об обязательном	1	0

	медицинском страховании		
1.8.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности, в том числе с нарушением лицензионных требований:		
1.8.1.	включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации	1	0
1.8.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности по случаям оказания медицинской помощи, завершившимся после прекращения действия лицензии медицинской организации	1	0
1.8.3.	предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (на основании информации лицензирующих органов)	1	0
1.9.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста по профилю оказания медицинской помощи	1	0
1.10.	Нарушения, связанные с повторным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:		
1.10.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее)	1	0
1.10.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре	1	0
1.10.3.	стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией	1	0
1.10.4.	стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию	1	0

1.10.5.	включение в реестр счетов медицинской помощи, оказанной амбулаторно, в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также оказания медицинской помощи (консультаций) в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме)	1	0
1.10.6.	включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения	1	0
РАЗДЕЛ 2. НАРУШЕНИЯ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ			
2.1.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования	0	0,3
2.2.	Нарушение условий оказания скорой медицинской помощи, выразившееся в несоблюдении установленного программой обязательного медицинского страхования времени доезда бригады скорой медицинской помощи, при летальном исходе до приезда бригады скорой помощи	1	3
2.7.	Представление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее (за исключением случаев, связанных с патологией беременности и родами) в течение четырнадцати календарных дней при оказании медицинской помощи в указанный период в амбулаторных условиях (за исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией)	1	0,3
2.8.	Необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период пребывания в условиях круглосуточного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях)	1	0,3
2.9.	Взимание платы с застрахованных лиц за	0	1

	оказанную медицинскую помощь, входящую в базовую либо территориальную программу обязательного медицинского страхования, при оказании медицинской помощи в рамках базовой либо территориальной программы обязательного медицинского страхования		
2.10.	Приобретение пациентом или его представителем в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи	0,5	0,5
2.11.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации	0	0,6
2.12.	Непредставление медицинской документации, учетно-отчетной документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, а также результатов внутреннего и внешнего контроля медицинской организации, безопасности оказания медицинской помощи без объективных причин в течение 10 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда обязательного медицинского страхования или территориального фонда обязательного медицинского страхования, или страховой медицинской организации, или специалиста-эксперта, эксперта качества медицинской помощи, действующего по их поручению	1	0
2.13.	Отсутствие в документации (несоблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях	0,1	0
2.14.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное	0,5	0

	переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и/или учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы)		
2.15.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней)	1	0
2.16.	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
2.16.1.	оплаченный случай оказания медицинской помощи не соответствует тарифу, установленному законодательством об обязательном медицинском страховании	0,1	0,3
2.16.2.	включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу	1	1
2.16.3.	некорректное (неполное) отражение в реестре счета сведений медицинской документации	1	0
2.17.	Отсутствие в карте стационарного больного протокола врачебной комиссии в случаях назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов	0	0,3
2.18.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования	0	0,3
РАЗДЕЛ 3. НАРУШЕНИЯ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ			
3.1.	Установление неверного диагноза, связанное с невыполнением, несвоевременным или ненадлежащим выполнением необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, с учетом рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими		

	работниками национальных медицинских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:		
3.1.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица	0,1	0
3.1.2.	приведшее к удлинению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях)	0,3	0
3.1.3.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания	0,4	0,3
3.1.4.	приведшее к инвалидизации	0,9	1
3.1.5.	приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов)	1	3
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:		
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица	0,1	0
3.2.2.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях)	0,4	0,3
3.2.3.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях)	0,9	1
3.2.4.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от	1	3

	медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях)		
3.2.5.	рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций	0,9	1
3.2.6.	по результатам проведенного диспансерного наблюдения	0,9	1
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания	0,5	0,6
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях)	0,5	0,3
3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение четырнадцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, тридцати дней стационарно (повторная госпитализация)	0,3	0
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преимущественности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания	0,8	1

	медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица		
3.7.	Госпитализация застрахованного лица в плановой или неотложной форме с нарушением требований к профильности оказанной медицинской помощи (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации в неотложной и экстренной форме с последующим переводом в течение суток в профильные медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций)	1	0,3
3.8.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, отсутствие пациента в медицинской организации на дату проверки	1	0,3
3.9.	Необоснованное повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов	1	0,3
3.10.	Наличие расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов 2 - 3 категории, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований (за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме)	0,9	0,5
3.11.	Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи	0,5	0
3.12.	Нарушение прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации	0	0,3

	территориальной программы обязательного медицинского страхования, базовой программы обязательного медицинского страхования; на выбор врача		
3.13.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов с учетом стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, связанные с риском для здоровья пациента	0,5	0,6
3.14	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе:		
3.14.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья	0	1
3.14.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья	0	2
3.14.3.	приведший к летальному исходу	0	3
3.15.	Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований, в том числе:		
3.15.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья	0	1
3.15.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения)	0	2
3.15.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения)	0	3

РАЗДЕЛ 5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Настоящее Тарифное соглашение заключается на один финансовый год и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение финансового года с 01.01.2024 года по 31.12.2024 года.

В Тарифное соглашение вносятся изменения:

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

б) при внесении изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями (при утверждении распределения объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями не в составе тарифного соглашения - в случае необходимости дополнения (исключения) сведений, для медицинских организаций, объемы предоставления медицинской помощи по которым изменяются);

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, приводящие 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.

Тарифное соглашение может быть пересмотрено полностью или в определенной его части по инициативе одной из сторон. Рассмотрение мотивированных предложений осуществляется Комиссией. Изменения и дополнения в настоящее Тарифное соглашение оформляются дополнительным соглашением, которое является его неотъемлемой частью.

Изменения в настоящее Тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение 2024 года, возможны при наличии источника финансового обеспечения.

В случае возникновения споров между сторонами по настоящему Тарифному соглашению стороны принимают все меры по их разрешению путем переговоров. Все неурегулированные сторонами споры в рамках выполнения настоящего Тарифного соглашения разрешаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Все приложения являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

<p>Министр здравоохранения Ульяновской области</p>  <p>О.Ю. Колотик-Каменева</p>	<p>Директор департамента организации оказания медицинской помощи и формирования территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи населению</p>  <p>О.В. Пикуш</p>
<p>Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ульяновской области</p>  <p>Е.В. Буцкая</p>	<p>Заместитель директора по организации ОМС Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ульяновской области</p>  <p>Т.Я. Водкина</p>
<p>Директор АСП ООО «Капитал МС» - Филиала в Ульяновской области</p>  <p>Л.В. Мухаметшина</p>	<p>Директор Ульяновского филиала АО Страховая компания «СОГАЗ-Мед»</p>  <p>Е.В. Бараненкова</p>
<p>Председатель Ассоциации содействия развитию здравоохранения «Медицинская палата Ульяновской области»</p>  <p>В.Г. Караулова</p>	<p>Член Ассоциации содействия развитию здравоохранения «Медицинская палата Ульяновской области»</p>  <p>И.И. Мидленко</p>
<p>Председатель Ульяновской областной организации профессионального союза работников здравоохранения РФ</p>  <p>А.В. Бакшутов</p>	<p>Заведующий отделом социальной защиты, правовой инспектор труда ЦК Профсоюза по Ульяновской области</p>  <p>Н.Е. Мальцева</p>
<p>Главный врач ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»</p>  <p>Н.А. Манина</p>	<p>Главный врач ГУЗ «Майнская районная больница»</p>  <p>И.К. Крупнова</p>