ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в сфере обязательного медицинского страхования
на территории Удмуртской Республики на 2023 год

г.Ижевск « 30 » декабря 2022 года

Орган исполнительной власти Удмуртской Республики в лице заместителя Председателя Правительства Удмуртской Республики Чураковой Татьяны Юрьевны и заместителя министра здравоохранения Удмуртской Республики Петренко Марины Витальевны;

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики (ТФОМС УР) в лице директора ТФОМС УР Валеева Тимура Анваровича и первого заместителя директора ТФОМС УР Олоновой Лады Александровны;

страховые медицинские организации в лице директора филиала ООО «Страховая компания «Ингосстрах-М» в г.Ижевске Гориной Александры Владимировны и директора филиала ООО "Капитал МС" в Удмуртской Республике Кирилиной Натальи Викторовны;

профессиональные союзы медицинских работников в лице председателя Первичной организации профсоюза БУЗ УР "ГКБ №9 МЗ УР" УРО ПРЗ РФ Кузнецовой Натальи Николаевны;

медицинские профессиональные некоммерческие организации в лице члена общественной организации "Медицинская палата Удмуртской Республики по защите прав и интересов медицинских работников" Ватулина Валерия Валерьевича;

именуемые в дальнейшем Сторонами, заключили настоящее Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории Удмуртской Республики (далее - Тарифное соглашение) о нижеследующем.

РАЗДЕЛ I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Тарифное соглашение разрабатывалось и заключалось в соответствии со следующими нормативными правовыми актами:

Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ (с изменениями) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

Федеральным законом Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ (с изменениями) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»,

постановлением Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023год и на плановый период 2024 и 2025 годов» от 29.12.2022г. №2497,

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (с изменениями),

проектом письма МЗ РФ и ФФОМС "Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования" (версия 3.1) (далее - Методические рекомендации МЗ РФ и ФФОМС).

1. Предмет Тарифного соглашения

2.1. Предметом Тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – тарифы по ОМС), их структуры и порядка применения на территории Удмуртской Республики, а также определение размеров санкций, применяемых к медицинским организациям в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.2. Действие Тарифного соглашения распространяется на медицинские организации, страховые медицинские организации, функционирующие в сфере обязательного медицинского страхования, ТФОМС УР.

2. Список сокращений

ОМС – обязательное медицинское страхование;

ФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;

ТФОМС УР – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики;

Комиссия – Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Удмуртской Республике;

Программа – Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

Территориальная программа ОМС – Территориальная программа обязательного медицинского страхования;

СМО – страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере ОМС;

МО – медицинская организация, участвующая в реализации Территориальной программы ОМС;

СМП – скорая медицинская помощь;

ФАП – фельдшерско-акушерский пункт;

ФП – фельдшерский пункт;

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр);

КСГ – клинико-статистическая группа;

УЕТ – условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи;

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь;

ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение;

МЭК – медико-экономический контроль;

МЭЭ – медико-экономическая экспертиза;

ЭКМП – экспертиза качества медицинской помощи;

Номенклатура медицинских услуг – номенклатура медицинских услуг, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

Коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства РФ от 5 мая 2012 г. N 462 (с изменениями) "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", является единым для всей территории Удмуртской Республики и составляет 1,105.

РАЗДЕЛ II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании предоставленных медицинской организацией персонифицированных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, утвержденных решением Комиссии, по установленным настоящим Тарифным соглашением тарифам на оплату медицинской помощи. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются в зависимости от условий оказания медицинской помощи.

Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Удмуртской Республики, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты приведен в **приложении 1** к Тарифному соглашению.

1. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

1.1. Основные подходы к оплате первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях

При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и 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), сцинтиграфии, эластометрии печени, полимеразной цепной реакции (далее - ПЦР) -диагностики крови при вирусных гепатитах, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, 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:

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

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

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

г) 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), сцинтиграфии, эластометрии печени, ПЦР-диагностики крови при вирусных гепатитах;

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

е) диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

ж) медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

по нормативу финансирования структурного подразделения МО – при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, и медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема

медицинской помощи (за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)) приведен в **приложении 2** к Тарифному соглашению.

Перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу в амбулаторных условиях, приведен в **приложении 5** к Тарифному соглашению.

Расчет объема финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях

1.2. Расчет объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, ($ФО_{СР}^{АМБ}$) (6601,43) определяется по следующей формуле:

$$ФО_{СР}^{АМБ} = \frac{ОС_{АМБ}}{Ч_З}, \text{ где:}$$

$ОС_{АМБ}$ — объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, **9 856 777 400 рублей;**

$Ч_З$ — численность застрахованного населения субъекта в Удмуртской Республике, **1 493 127 человек**.

Общий объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, по следующей формуле:

$$ОС_{АМБ} = (Но_{ПМО} \times Нфз_{ПМО} + Но_{ДИСП} \times Нфз_{ДИСП} + Но_{ИЦ} \times Нфз_{ИЦ} + Но_{ОЗ} \times$$
$$\text{x } Нфз_{ОЗ} + Но_{НЕОТЛ} \times Нфз_{НЕОТЛ} + Но_{МР} \times Нфз_{МР} + Но_{ДН} \times Нфз_{ДН}) \times Ч_З - ОС_{МТР},$$

где:

$Но_{ПМО}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой ОМС, 0,26559 посещений;

$Но_{ДИСП}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой ОМС, 0,331413 посещений;

$Но_{ИЦ}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой ОМС, 2,133264 посещений;

$Но_{ОЗ}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой ОМС, 1,7877 обращений;

$Но_{НЕОТЛ}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой ОМС, 0,54 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 ОМС, 0,002954 комплексных посещений;

$Но_{ДН}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой ОМС , 0,261736 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 ОМС, 2266,91рублей;

$Нфз_{ДИСП}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой ОМС, 2770,46 рублей;

$Нфз_{ИЦ}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой ОМС, 392,50 рублей;

$Нфз_{ОЗ}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой ОМС, 1908,45 рублей;

$Нфз_{НЕОТЛ}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой ОМС, 850,85 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 ОМС, 21996,13 рублей;

$Нфз_{ДН}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой ОМС, 1401,80 рублей;

$ОС_{МТР}$ объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам Удмуртской Республики за пределами субъекта Российской Федерации, 88374000 рублей;

1.3. Расчет базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц

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

$$ПН_{БАЗ} = (\frac{ОС_{ПНФ}}{Ч_З}) \times (\mathbf{1} - Рез),$$

где:

$ПН_{БАЗ}$ базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, **1 997,01 рублей**;

$ОС_{ПНФ}$	объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, **3 138 730 900 рублей;**
Рез	доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности, в размере 5 процентов.

Медицинские организации ведут раздельный учет посещений при обращениях по поводу заболевания, посещений с профилактической и иной целью (в том числе профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, углубленной диспансеризации, диспансерного наблюдения), неотложной медицинской помощи, а также посещений, оказанных прикрепленному населению и не прикрепленному населению.

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.

Перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования:

Подушевое финансирование применяется в части оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население, по перечню должностей, приведенных в приложении 5 к Тарифному соглашению, включая расходы на медицинскую помощь в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи, хирургические операции, выполненные в рамках посещения (обращения), лабораторные и другие лечебно-диагностические исследования (за исключением услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам), включая оказание медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами (медицинскими комплексами), доабортное консультирование беременных женщин медицинскими психологами (психологами, специалистами по социальной работе), проведение диспансерного наблюдения детского населения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи, а также расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Объем средств, поступающих в медицинскую организацию по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях, включает расходы на оплату внешних медицинских услуг.

Под внешними медицинскими услугами в амбулаторных условиях понимаются посещения, обращения (законченные случаи) прикрепившихся к медицинской организации лиц, выполненные в других медицинских организациях (за исключением медицинских организаций 3 уровня).

Внешние медицинские услуги в амбулаторных условиях оплачиваются по установленным тарифам за посещение, обращение (законченный случай) медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, и удерживаются страховой медицинской организацией из финансирования медицинской организации, к которой эти лица прикреплены, за отчетный месяц.

Оплата медицинской помощи, оказанной по внешним услугам медицинскими организациями, не имеющим прикрепленного населения, производится в пределах объемов медицинской помощи (по специальностям), установленных решением Комиссии.

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, ($ОС_{ПНФ}$) 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:

$$ОС_{ПНФ} = ОС_{АМБ} - ОС_{ФАП} - ОС_{ИССЛЕД} - ОС_{НЕОТЛ} - ОС_{ЕО} - ОС_{ПО} - ОС_{ДИСП},$$

где:

$ОС_{ФАП}$ объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Территориальной программой ОМС размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, **703 573 600 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), сцинтиграфии, эластометрии печени, ПЦР-диагностики

крови при вирусных гепатитах в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой ОМС, **683 427 700 рублей**;

$ОС_{НЕОТЛ}$ объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой ОМС (без учета неотложной помощи, оказываемой в ФП, ФАПах), **528 131 300 рублей**;

$ОС_{ЕО}$ объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в Удмуртской Республике лицам (в том числе комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация», а также диспансерного наблюдения), **2 533 008 100 рублей**;

$ОС_{ПО}$ объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой ОМС, **898 965 800 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), **1 370 940 000 рублей**.

Объем средств, направляемый на финансовое обеспечение медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Территориальной программой ОМС нормативами, не включает в себя средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях застрахованным лицам за пределами Удмуртской Республики, и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи.

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

$$ОС_{ИССЛЕД} = \sum(Но_j \times Нфз_j) \times Ч_З,$$

где:

$Но_j$ 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)), сцинтиграфии, эластометрии печени, ПЦР-диагностики крови при вирусных гепатитах установленный Территориальной программой ОМС, 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), сцинтиграфии, эластометрии печени, ПЦР-диагностики крови при вирусных гепатитах установленный), установленный Территориальной программой ОМС, рублей;

$Ч_З$ численность застрахованного населения Удмуртской Республики, человек.

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

$$ОС_{НЕОТЛ} = Но_{НЕОТЛ} \times Нфз_{НЕОТЛ} \times Ч_З.$$

Перечень медицинской помощи, оплачиваемой вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц за единицу объема медицинской помощи приведен в приложении 5 к Тарифному соглашению.

1.4. Применение коэффициента специфики оказания медицинской помощи

Подушевые нормативы финансирования для каждой медицинской организации определяются дифференцированно с учетом коэффициентов:

1) коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на

их содержание и оплату труда персонала (далее – $КД_{от}$); (рассчитанных в соответствии с пунктом 1.6 Тарифного соглашения);

2) коэффициенты половозрастного состава (далее – $КД_{пв}$); (рассчитанны в соответствии с пунктом 1.5 Тарифного соглашения);

3) коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (далее – $КД_{ур}$)

1.5. Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, учитывают различия в уровне потребления медицинской помощи различными группами населения.

Расчет коэффициентов потребления медицинской помощи по половозрастным группам проводится на основе данных о фактической стоимости оказанной медицинской помощи на территории Удмуртской Республики, включаемой в состав базового подушевого норматива финансирования. Расчетный период для определения половозрастных коэффициентов дифференциации составляет 11 месяцев 2022 года.

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

1) до года мужчины/женщины;
2) год - четыре года мужчины/женщины;
3) пять - семнадцать лет мужчины/женщины;
4) восемнадцать - шестьдесят четыре года мужчины/женщины;
5) шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

Определяется размер затрат на одно застрахованное лицо (Р) (без учета возраста и пола) по формуле:

$$Р = З / М / Ч,$$

где

З	затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам за расчетный период;
М	количество месяцев в расчетном периоде;
Ч	численность застрахованных лиц на территории Удмуртской Республики.

Определяются размеры затрат на одно застрахованное лицо, попадающее в j-тый половозрастной интервал (Pj), по формуле:

$$Р_j = З_j / М / Ч_j,$$

где

Зj — затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в j-тый половозрастной интервал за расчетный период;

Чj — численность застрахованных лиц субъекта Удмуртской Республики, попадающего в j-тый половозрастной интервал.

Коэффициенты дифференциации для каждой половозрастной группы рассчитываются по формуле:

$$КД_j = Р_j / Р.$$

.

При этом для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше устанавливается значение половозрастного коэффициента в размере не менее 1,6 (в случае, если расчетное значение коэффициента потребления медицинской помощи по группам мужчин и женщин 65 лет и старше составляет менее 1,6, значение коэффициента принимается равным 1,6).

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, установлены **приложением 6** к Тарифному соглашению.

Половозрастные коэффициенты дифференциации для медицинских организаций рассчитываются по следующей формуле:

$$КД^i_{ПВ} = \sum_j \left(КД^j_{ПВ} \times Ч^j_З \right) / Ч^i_З ,$$

где

$КД^i_{ПВ}$ — половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-той медицинской организаций;

$КД^j_{ПВ}$ — половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для j-той половозрастной группы (подгруппы);

$Ч^j_З$ — численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, в j-той половозрастной группе (подгруппе), человек;

$Ч_3^i$ численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек.

Половозрастные коэффициенты и коэффициенты уровня оказания медицинской помощи по медицинским организациям, финансируемым по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц устанавливаются **приложением 8** к Тарифному соглашению.

1.6. Расчет коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала

Коэффициент дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц ($КД_{ОТ}$) применяется в отношении медицинских организаций, имеющих в наличии подразделения, расположенные в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых города с численностью населения до 50 тыс.человек (в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий).

Перечень медицинских организаций и их подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек утвержден **в приложении 7** к Тарифному соглашению.

Коэффициенты дифференциации применяются в следующем размере:

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

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

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:

$$КД_{ОТ}^{i} = \left(1 - \sum Д_{ОТj}\right) + \sum \left(КД_{ОТj} \times Д_{ОТj}\right),$$

где

$КД^{i}_{от}$ 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;

$Д_{отj}$ 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;

$КД_{отj}$ 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.

1.7. Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования, не включающие средства на оплату мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, для медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС ($ДП^{i}_{Н}$), рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по следующей формуле:

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

где:

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

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

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

$КД^{i}_{зп}$ коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных

«дорожной картой» развития здравоохранения в Удмуртской Республике, для i-той медицинской организации (равен 1);

$КД_{от}^{i}$ 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;

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, к $ОС_{ПНФ}$ (за исключением средств на выплаты по итогам оценки результативности деятельности медицинских организаций), рассчитанному в соответствии с пунктом 1.3 Тарифного соглашения, рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{ОС_{ПНФ} \times (\mathbf{1} - Рез)}{\sum_{\boldsymbol{i}}(ДП_{Н}^{\boldsymbol{i}} \times Ч_{З}^{\boldsymbol{i}})}$$

Поправочный коэффициент составляет 0,9137.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи (ФДПн) рассчитывается по формуле:

$$ФДПн^{\boldsymbol{i}} = ДПн^{\boldsymbol{i}} \times ПК,$$

где:

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

Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в разрезе медицинских организаций представлены **в приложении 9** к Тарифному соглашению.

1.8. Расчет объема финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов

Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации устанавливаются Территориальной программой ОМС и составляют:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей , - 1297,5 тыс.руб.,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей , -2055,6,0 тыс.руб.,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей , - 2308,2 тыс.руб..

Базовый норматив финансовых затрат обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего менее 100 жителей, составляет 648,8 тыс.руб. (понижающий коэффициент 0,5 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей); базовый норматив финансовых затрат обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего более 2000 жителей, составляет 2539 тыс.руб. (повышающий коэффициент 1,1 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей).

Размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i-той медицинской организации, рассчитывается по формуле:

$$\text{ОС}_{\text{ФАП}}^{\boldsymbol{i}} = \sum_{\boldsymbol{n}} (\text{Ч}_{\text{ФАП}}^{\boldsymbol{n}} \times \text{БНФ}_{\text{ФАП}}^{\boldsymbol{n}} \times \text{КС}_{\text{БНФ}}^{\boldsymbol{n}}),$$

где:

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

$\text{Ч}_{\text{ФАП}}^{\boldsymbol{n}}$ — 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);

$\text{БНФ}_{\text{ФАП}}^{\boldsymbol{n}}$ — базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских

организаций – фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа;

$КС_{БНФ}^{\boldsymbol{n}}$ коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации.

Коэффициент специфики устанавливается:

- 1,0 при укомплектованности ФП, ФАПа основным медицинским работником;
- 0,75 при укомплектованности ФП, ФАПа медицинским работником по совместительству (по совмещению);
- 0,25 при отсутствии медицинского работника.

Размер финансового обеспечения устанавливается на ФП, ФАПы, имеющие лицензию и в случае оказания медицинской помощи на данных ФП, ФАПах.

В случае, если у фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н от 27.06.2012 «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (с изменениями), 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:

$$ОС_{ФАП}^{\boldsymbol{j}} = ОС_{ФАП_{НГ}}^{\boldsymbol{j}} + (\frac{БНФ_{ФАП}^{\boldsymbol{j}} \times КС_{БНФ}^{\boldsymbol{j}}}{\mathbf{12}} \times \boldsymbol{n}_{МЕС}),$$

где:

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

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

$\boldsymbol{n}_{МЕС}$ количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

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

Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение и коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, применяемые к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, представлены в **приложении 10** к Тарифному соглашению.

1.9. Оплата профилактических медицинских осмотров (в том числе в рамках диспансеризации) и диспансерного наблюдения

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

Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации установлены дифференцированно в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни и использования для проведения профилактических осмотров и диспансеризации мобильных медицинских бригад.

Оплата случаев диспансерного наблюдения осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, с учетом

профиля врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядком проведения диспансерного наблюдения, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья.

Тарифы диспансерного наблюдения и тарифы комплексного посещения в рамках проведения диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения, включая тарифы на проведение указанных мероприятий в выходные дни и тарифы на оказание медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами, представлены в **приложении 11** к Тарифному соглашению.

1.10. Оплата медицинской помощи в Центрах здоровья

Оплата медицинской помощи в Центрах здоровья производится за комплексное обследование при первичном обращении и повторных посещениях с целью динамического наблюдения. Единицей объема первичной медико-санитарной помощи является посещение:

- проведение комплексного обследования (один раз в отчетном году),

- обращение для динамического наблюдения (повторное посещение).

Тарифы посещений, обращений в Центрах здоровья с целью проведения комплексного обследования или динамического наблюдения представлены **в приложении 13** к Тарифному соглашению.

1.11. Подходы к оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)

При оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи размер финансового обеспечения медицинской организации складывается из фактически оказанных объёмов медицинской помощи и определяется по следующей формуле:

$$ФО_{ФАКТ} = \sum(О_{МП} \times Т),$$

где:

$ФО_{ФАКТ}$ фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;

$О_{МП}$ фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи;

Т тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рублей.

Тариф за единицу объема является единым для всех медицинских организаций, включенных в один уровень оказания 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.

Тарифы на оплату посещений, обращений на оплату амбулаторной медицинской помощи представлены в **приложении 13** к Тарифному соглашению.

В стоимость тарифа за посещение, за обращение (законченный случай) включены расходы на проведение хирургических операций, лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, выполненные в рамках посещения при оказании помощи в амбулаторных условиях.

Оплата диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с учетом применения различных видов и методов исследований систем, органов и тканей человека, обусловленных заболеваемостью населения, тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), сцинтиграфии, эластометрии печени, ПЦР-диагностики крови при вирусных гепатитах) осуществляется за медицинскую услугу.

Тарифы на диагностические (лабораторные) исследования представлены в **приложениях 15-22** к Тарифному соглашению.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала

с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), сцинтиграфии, эластометрии печени, ПЦР-диагностики крови при вирусных гепатитах) осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний**.**

При оказании пациенту нескольких услуг КТ или МРТ в один день, оплата осуществляется за случай медицинской помощи с учетом количества выполненных услуг. При этом при оказании пациенту КТ или МРТ нескольких анатомических зон с контрастированием в одно посещение, тариф с контрастированием применяется для одной зоны, а для остальных используется тариф без контрастирования.

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 ОМС в соответствии с Программой территориального норматива объема и норматива финансовых затрат на единицу объема для медицинской реабилитации.

При этом комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10–12 посещений.

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях дифференцирована в зависимости от заболевания (профиля заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация:

- реабилитация для больных с заболеваниями центральной нервной системы и органов чувств;

- реабилитация для больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы;

- реабилитация соматическая.

Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. Комплексное посещение включает набор необходимых консультации специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации. При этом, по решению лечащего врача консультация отдельных специалистов в рамках

комплексного посещения могут осуществляться в том числе с использованием телемедицинских технологий (1-2 посещения).

Объем средств, полученных i-той медицинской организацией за оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», определяется по формуле:

$$ОС_{МР\boldsymbol{i}}^{АМБ} = \sum(О_{МР} \times Т_{МР}),$$

где:

$ОС_{МР\boldsymbol{i}}^{АМБ}$ объем средств, полученных i-той медицинской организацией за оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях;

$О_{МР}$ объем комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация» с учетом в том числе заболевания (профиля заболевания) и состояния пациента;

$Т_{МР}$ тариф на оплату комплексного посещения по профилю «Медицинская реабилитация» для соответствующего заболевания (профиля заболевания) и состояния пациента.

Тарифы на оплату медицинской реабилитации в амбулаторных условиях представлены в **приложении 14** к Тарифному соглашению.

1.12. Применение показателей результативности деятельности медицинской организации

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 в размере 5 процентов от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности с учетом бальной оценки.

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

$$ОС_{ПН} = ФДП_{Н}^{i} \times Ч_{З}^{i} + ОС_{РД},$$

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 бальной 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, не реже одного раза 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 декабрь.

Приложением 25 к Тарифному соглашению определен перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций (далее – показатели результативности деятельности).

Средства, полученные медицинской организацией за выполнение целевых показателей результативности деятельности, используются на оплату расходов, включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи в соответствии с Тарифным соглашением.

При этом коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами, заключаемыми в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права и регулирующими системы оплаты труда в медицинских организациях, в том числе системы доплат и надбавок стимулирующего

характера и системы премирования, необходимо предусмотреть стимулирующие выплаты медицинским работникам за достижение аналогичных показателей.

Показатели разделены на блоки, отражающие результативность оказания медицинской помощи разным категориям населения (взрослому населению, детскому населению, акушерско-гинекологической помощи) в амбулаторных условиях.

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

Каждый показатель, включенный в блок, в соответствии с приложением 11 к Методическим рекомендациям МЗ РФ и ФФОМС (приведены в **приложении 25** к Тарифному соглашению), оценивается в баллах, которые суммируются. Максимально возможная сумма баллов по каждому блоку, 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.

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 осуществляется в соответствии с приложением 12 к Методическим рекомендациям МЗ РФ и ФФОМС (приведены в **приложении 25.2** к Тарифному соглашению).

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности, 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.

$$ОС^{j}_{РД(нас)} = \frac{\mathbf{0,7} \times ОС^{j}_{РД}}{\sum Числ},$$

где:

$ОС^{j}_{РД(нас)}$ 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;

$ОС^{j}_{РД}$ 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 используется средняя численность за период. При осуществлении выплат по итогам достижения показателей результативности ежегодно средняя численность рассчитывается по формуле:

$$Числ^{j}_{i} = \frac{Ч_{мес1} + Ч_{мес2} + \cdots + Ч_{мес11} + Ч_{мес12}}{12},$$

где:

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

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

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

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

$Ч_{мес12}$ 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 ($ОС_{РД(нас)}{}^{j}_{i}$), рассчитывается по следующей формуле:

$$ОС_{РД(нас)}{}^{j}_{i} = ОС^{j}_{РД(нас)} \times Числ^{j}_{i},$$

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.

$$ОС_{РД(балл)}^{j} = \frac{0{,}3 \times ОС_{РД}^{j}}{\sum Балл},$$

где:

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

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

$\sum Балл$ 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 ($ОС_{РД(балл)}{}_i^j$), рассчитывается по следующей формуле:

$$ОС_{РД(балл)}{}_i^j = ОС_{РД(балл)}^{j} \times Балл_i^j,$$

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 в полном объеме медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, производится 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 вправе применять понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат в зависимости от процента выполнения объемов медицинской помощи.

Объем средств на выплаты стимулирующего характера составляют 156,9 млн.руб. (в том числе для медицинских организаций финансируемых по подушевому нормативу финансирования - 122,5 млн. руб., для медицинских организаций финансируемых по полному подушевому нормативу финансирования – 34,4 млн.руб.).

1.13. Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях

Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях осуществляется с учетом уровня оказания медицинской помощи по тарифам за посещение с профилактической и иной целью, в неотложной форме, обращение по поводу заболевания.

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, приведено в **приложении 24** к Тарифному соглашению.

Тарифы для оплаты стоматологической помощи в амбулаторных условиях установлены **в приложении 13** к Тарифному соглашению.

1.14. Оплата диализа в амбулаторных условиях

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу - одну услугу экстракорпорального диализа и один день перитонеального диализа.

Проведение гемодиализа в амбулаторных условиях планируется и учитывается как 1 обращение по заболеванию в месяц, оплачивается с учётом количества фактически проведённых за месяц процедур (в среднем 13 услуг экстракорпорального диализа, 12-14 в зависимости от календарного месяца). Ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца планируются в услугах (в среднем 30 услуг, в зависимости от календарного месяца и начала оказания услуги).

Для оплаты услуг диализа Тарифным соглашением устанавливаются базовые тарифы на оплату диализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ» и код услуги А18.30.001 "Перитонеальный диализ") и коэффициенты относительной затратоемкости, применяемые для расчета стоимости прочих услуг диализа к установленным Тарифным соглашением базовым тарифам на оплату диализа.

Базовый тариф и коэффициенты относительной затратоемкости к базовому тарифу для оплаты диализа приведены в **приложении 23** к Тарифному соглашению.

2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ И В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА НА ОСНОВЕ ГРУПП ЗАБОЛЕВАНИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ КСГ

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ), 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 приложении 26/2 "Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно" к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

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 приложении 29/1 "Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно" к Тарифному соглашению, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

Перечни медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара приведены в **приложениях 1, 3, 4** к Тарифному соглашению.

2.1. Основные подходы к оплате медицинской помощи по КСГ

Все КСГ распределены по профилям медицинской помощи, при этом часть диагнозов, устанавливаемых при различных заболеваниях, хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях. При оплате медицинской помощи в подобных случаях отнесение КСГ к конкретному профилю медицинской помощи не учитывается. Исключением являются КСГ, включенные в профили "Медицинская реабилитация" и "Гериатрия", лечение в рамках которых может осуществляться только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия» соответственно.

Отнесение случая лечения к конкретной КСГ на основе классификационных критериев группировки осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями МЗ РФ и ФФОМС.

Критериями отнесения законченного случая лечения пациента к конкретной клинико-статистической группе являются:

- диагноз (код по МКБ-10);
- хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);

- схема лекарственной терапии;
- МНН лекарственного препарата;
- сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ-10);
- 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 распространения псориаза (Psoriassis Area Severity Index, PASI);
- длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);
- количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- показания к применению лекарственного препарата;
- возраст и пол пациента;
- степень тяжести заболевания;
- этап лечения, в том числе этап проведения экстракорпорального оплодотворения, долечивание пациентов с коронавирусной инфекцией, посттрансплантационный период после пересадки костного мозга;
- объем послеоперационных грыж брюшной стенки;
- сочетание нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия;
- длительность лечения.

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

2.2. Основные параметры оплаты медицинской помощи по КСГ, определяющие стоимость законченного случая лечения

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре по КСГ (ССксг) (за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов, порядок которых установлен п. 2.3.9. Тарифного соглашения определяется по следующей формуле:

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

где:

БС — базовая ставка, в круглосуточном стационаре (дневном стационаре) без учета коэффициента дифференциации, рублей;

$КЗ_{КСГ}$ коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), установлен Программой, в условиях стационара приведены в приложении 26, в условиях дневного стационара в приложении 29 к Тарифному соглашению;

$КС_{КСГ}$ коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

$КУС_{МО}$ коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства РФ от 5 мая 2012 г. N 462 (с изменениями) "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), является единым для всей территории Удмуртской Республики (1,105).

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).

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

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times \left((1 - Д_{ЗП}) + Д_{ЗП} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КД\right) + \\ + БС \times КД^{*} \times КСЛП,$$

где:

$БС$ размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;

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

$Д_{ЗП}$	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;
$КУС_{МО}$	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)

2.2.1. Размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ)

Размер базовой ставки определяется исходя из следующих параметров:

- объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (в условиях дневного стационара) и оплачиваемой по КСГ (ОС);
- общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ (Чсл);
- – - среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ (СПК).
- –

Размер базовой ставки рассчитывается по формуле:

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

СПК рассчитывается по формуле:

$$СПК = \frac{\sum(КЗ_{\boldsymbol{i}} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО}^{\boldsymbol{i}} \times КД_{\boldsymbol{i}} \times Ч_{СЛ}^{\boldsymbol{i}})}{Ч_{СЛ}}.$$

С 2023 года Программой предусмотрены средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для медицинской реабилитации и средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской

помощи за исключением медицинской реабилитации. При этом базовая ставка едина для всех профилей медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (в том числе для профиля «медицинская реабилитация»). Ее расчет осуществляется на основании объема средств, предназначенного для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ (ОС), общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ ($Ч_{СЛ}$), среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ (СПК) и объема средств, запланированного для КСЛП ($О_{СЛП}$), для всех профилей медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, за исключением медицинской реабилитации.

Оплата случаев лечения по профилю «медицинская реабилитация» осуществляется с использованием базовой ставки, рассчитанной в соответствии с вышеописанным алгоритмом.

а) Коэффициент относительной затратоемкости КСГ

Коэффициенты относительной затратоемкости установлены на уровне Российской Федерации и определены с учетом статей затрат, предусмотренных структурой тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, установленной Федеральным законом № 326-ФЗ, выполнения целевых показателей уровня заработной платы работников медицинских организаций, предусмотренных Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» (далее – Указ № 597), стоимости медицинских изделий и лекарственных препаратов, предусмотренных клиническими рекомендациями, традиционных продуктов диетического лечебного питания и специализированных пищевых продуктов диетического лечебного и диетического профилактического питания – смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов[1], включенных в нормы лечебного питания, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 июня 2013 г. № 395н «Об утверждении норм лечебного питания».

б) Коэффициент специфики оказания медицинской помощи

[1] Закупке подлежат специализированные продукты лечебного и диетического питания, смеси белковые композитные сухие, выпускаемые по ГОСТ 33933-2016 «Продукты диетического лечебного и диетического профилактического питания. Смеси белковые композитные сухие. Общие технические условия», и витаминно-минеральные комплексы, выпускаемые по ГОСТ Р 57106-2016 «Продукты диетического лечебного и диетического профилактического питания. Комплексы витаминно-минеральные в лечебном питании. Технические условия» и ГОСТ Р 58040-2017 «Комплексы витаминно-минеральные. Общие технические условия».

Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи установлены в целях приведения стоимости медицинской помощи к финансовым нормативам установленным Территориальной программой ОМС.

Значения коэффициента специфики в условиях стационара установлены в **приложении 26** к Тарифному соглашению, с учетом перечней КСГ, определенных Методическими рекомендациями МЗ РФ и ФФОМС, для которых не применяются понижающие (повышающие) коэффициенты специфики; в условиях дневного стационара в **приложении 29** к Тарифному соглашению. К КСГ, начинающихся с символов st19 и ds19 (профиль «Онкология»), а также st08 и ds08 (профиль «Детская онкология»), коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1).

Перечень КСГ в условиях круглосуточного стационара, к которым **не применяются понижающие коэффициенты специфики**, в связи 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:

Код 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)

Перечень КСГ в условиях стационара, для которых **не применятся повышающие** коэффициенты специфики, так как лечение по данным КСГ должно преимущественно осуществляться в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара:

Код 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

Код КСГ	Наименование КСГ
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

Для КСГ в дневном стационаре, подобные перечни не устанавливаются.

в) Коэффициент уровня медицинской организации

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий. Средние значения коэффициентов уровня и границы подуровня оказания медицинской помощи регламентируются Методическими рекомендациями МЗ РФ и ФФОМС. Значения коэффициентов уровня в условиях круглосуточного стационара установлены в **приложении 3** (по МО) к Тарифному соглашению, значения коэффициентов уровня в условиях дневного стационара установлены в **приложении 4 (по МО)** к Тарифному соглашению.

Установление индивидуального коэффициента уровня (подуровня) медицинской организации в стационарных условиях и в условиях дневного стационара не допускается.

К отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, коэффициент уровня (подуровня) при оплате не применяется (принимается равным 1). Исчерпывающий перечень таких КСГ в стационарных условиях установлен Методическими рекомендациями МЗ РФ и ФФОМС и приведен в приложении **26.1** к Тарифному соглашению.

г) Коэффициент сложности лечения пациента

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) устанавливается к отдельным случаям оказания медицинской помощи и приведен в **приложении 27 (27/1 -27/4)** к Тарифному соглашению.

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

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

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных приложением 27 к Тарифному соглашению, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

Стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» в составе случая лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара определяется без учета коэффициента дифференциации Удмуртской Республики.

2.3. Подходы к оплате отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ

2.3.1. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи

В соответствии с Программой 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 пункта) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно.

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 пункта 2.3.3. Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2–4 пункта 2.3.1. Тарифного соглашения.

Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения в соответствии с Программой РФ) по КСГ, перечисленным в приложениях **26/2** "Перечень КСГ, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно в стационарных условиях" и **29/1** "Перечень КСГ, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно в условия дневного стационара" к Тарифному соглашению не может быть отнесен к прерванным случаям 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.

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 пункта 2.3.1.Тарифного соглашения, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

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 – 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее –80% от стоимости КСГ;

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

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию приведен в приложениях **26/3** (в стационарных условиях) и **29/2** (в условиях дневного стационара) Тарифного соглашения.

2.3.2. 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», являющихся Приложениями 6 и 7 к настоящим рекомендациям, 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 4.1 данного раздела рекомендаций.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 4.1 данного раздела рекомендаций) 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).

2.3.3. Оплата случая лечения по 2 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 4.1 данного раздела рекомендаций 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 *(например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2))*;

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

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

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности 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.

2.3.4. 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 (приложение № 1 к Программе), 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 Программой перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи. 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.

Стоимость законченного случая лечения заболевания с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи (Sвмп) рассчитывается по формуле:

$S_{вмп} = T_{вмпi}$, где

$T_{вмпi}$ – тариф на оплату законченного случая лечения заболевания в условиях круглосуточного стационарам с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, устанавливаемый в соответствии с нормативами финансовых затрат по Территориальной программе ОМС для i-той группы ВМП, приведены в **приложении 28** к Тарифному соглашению.

2.3.5. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»

Оплата по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного, а также дневного стационара 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 и 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 июля 2020 г. № 788н (зарегистрировано в Минюсте России 25 сентября 2020 г. № 60039).

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, установленной в Удмуртской Республике. 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.

Оплата первого этапа реабилитации при остром нарушении мозгового кровообращения, операциях на центральной нервной системе и головном мозге, переломах черепа и внутричерепной травме 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.

2.3.6. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа

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

При проведении гемодиализа впервые, в соответствии с клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи по основному диагнозу (осложнению основного диагноза) или сопутствующему диагнозу влияющему на течение основного заболевания при оказании специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара оплата услуги диализа производится в рамках соответствующей КСГ.

При одновременном оказании специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара и проведения программного гемодиализа пациентам при хронической болезни почек в амбулаторных условиях оплата медицинской помощи в стационаре производится в рамках соответствующей КСГ, оплата услуги гемодиализа в поликлинике по месту проведения программного гемодиализа.

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

Стоимость услуг диализа (Сд), выполненных в рамках законченного случая лечения в условиях стационара и дневного стационара рассчитывается по формуле:

$$Сд = Тд * Кз * Nд,$$

где Тд – базовый тариф на оплату диализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ»);

Кз – коэффициент относительной затратоемкости;

Nд – количество услуг гемодиализа, проведенных в рамках законченного случая лечения пациента.

Базовый тариф и коэффициенты относительной затратоемкости к базовому тарифу (стоимостям КСГ) для оплаты услуг диализа приведены в **приложении 23** к Тарифному соглашению.

2.3.7. 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».

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов в модели КСГ дневного стационара предусмотрены КСГ ds 02.008-ds 02.011.

При этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

Средний норматив финансовых затрат на 1 случай экстракорпорального оплодотворения, утвержденный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Удмуртской Республике на 2023 год, составляет 137 824,99 руб.

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.

3. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В ТОМ ЧИСЛЕ НА ОСНОВЕ ПОДУШЕВОГО НОРМАТИВА ФИНАНСИРОВАНИЯ

3.1. Основные подходы к оплате скорой медицинской помощи

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

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 при оказании скорой (специализированной) медицинской помощи, оказываемой в экстренной и неотложной формах, в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

- расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии;

- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой лицам, застрахованным за пределами Удмуртской Республики.

По отдельным тарифам оплачиваются:

1) вызовы скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Удмуртской Республики;

2) вызовы скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи.

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, и оплата скорой медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, приведен в **приложении 1** к Тарифному соглашению.

3.2. Расчет объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации рассчитывается по следующей формуле:

$$\mathbf{ФО}_{\mathbf{СР}}^{\mathbf{СМП}} = \frac{\mathbf{ОС}_{\mathbf{СМП}}}{\mathbf{Ч_З}},$$

где:

$\mathbf{ОС}_{\mathbf{СМП}}$ объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующих в реализации Территоиальной программе ОМС Удмуртской Республики, рублей;

$\mathbf{Ч_З}$ численность застрахованного населения Удмуртской Республики, человек (1 493 127 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 ОМС Удмуртской Республики, по следующей формуле:

$$ОС_{СМП} = (Но_{СМП} \times Нфз_{СМП}) \times Чз - ОС_{МТР}$$

где:

$Но_{СМП}$ 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 (0,29 вызовов);

$Нфз_{СМП}$ 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 (3 634,23 рублей);

$ОС_{МТР}$ размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам Удмуртской Республики, за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов, рублей (33 088,40 рублей).

3.2.1. Определение базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи (рассчитанный с учетом коэффициента дифференциации), оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программе ОМС Удмуртской Республики, по следующей формуле:

$$Пн_{БАЗ} = \frac{ОС_{СМП} - ОС_{В}}{Чз}$$

где:

$Пн_{БАЗ}$ базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей (1012,60 рублей в год);

$ОС_{В}$ объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в Удмуртской Республике лицам за вызов тромболитической терапии, рублей (28 635,40 рублей).

3.2.2. Определение дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи

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

$$ДПн^{i} = Пн_{БАЗ} \times КД^{i}_{ПВ} \times КД^{i}_{УР} \times Д^{i}_{ЗП} \times КД^{i} \ ,$$

где:

$ДПн^{i}$	дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей;
$КД_{ПВ}^{\boldsymbol{i}}$	коэффициент половозрастного состава;
$КД_{УР}^{\boldsymbol{i}}$	коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения);
$КД_{ЗП}^{\boldsymbol{i}}$	коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i-той медицинской организации (значение коэффициента =1);
$КД^{\mathbf{i}}$	коэффициент дифференциации i-той медицинской организации (значение коэффициента = 1).

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи ($КД_{ПВ}$) учитывают различия в уровне потребления медицинской помощи различными группами населения.

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи численность застрахованных лиц Удмуртской Республики, распределяется на половозрастные группы в соответствии с Методическими рекомендациями МЗ РФ и ФФОМС.

Расчет коэффициентов потребления медицинской помощи по половозрастным группам проводится на основе данных о фактической оказанной медицинской помощи на территории Удмуртской Республики, включаемой в состав базового (среднего) подушевого норматива финансирования. Расчетный период для определения половозрастных коэффициентов дифференциации составляет 11 месяцев, предшествующие утверждению Тарифного соглашения.

Половозрастной коэффициент потребления медицинской помощи определен на основе данных о численности застрахованного населения УР на 01.12.2022 года и объема оказанной скорой медицинской помощи за 11 месяцев 2022 года в разрезе половозрастных групп.

Коэффициенты дифференциации и ежемесячные дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации приведены в **приложении 31** к Тарифному соглашению.

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:

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

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

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации (ФДПн) рассчитывается по формуле:

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

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

3.2.3. Определение размера финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации

Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определяется ежемесячно для каждой МО, исходя из значения дифференцированного подушевого норматива скорой медицинской помощи, численности застрахованного населения, зарегистрированного по месту жительства на территории обслуживания медицинской организации Удмуртской Республики по состоянию на первое число месяца расчетного периода, согласно данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, а также объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов при проведении тромболитической терапии по следующей формуле:

$$ФО_{СМП} = ФДПн^i \times Чз^{ПР} + ОС_В,$$

где:

$ФО_{СМП}$ размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей;

$Чз^{ПР}$ численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек.

Оплата случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организции с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи осуществляется по утвержденным тарифам за вызов скорой медицинской помощи дополнительно к объему подушевого финансирования скорой медицинской помощи.

Базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания - 3 634,23 руб.

Тариф вызова скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи - 63 634 руб.;

4. ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОДУШЕВОМУ НОРМАТИВУ ФИНАНСИРОВАНИЯ НА ПРИКРЕПИВШИХСЯ К МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЛИЦ, ВКЛЮЧАЯ ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ВСЕМ ВИДАМ И УСЛОВИЯМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (ВКЛЮЧАЯ ПОКАЗАТЕЛИ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)

4.1. Основные подходы к оплате медицинской помощи

При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, применяется способ оплаты по подушевому нормативу финансирования исходя из количества прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи (далее - полный подушевой норматив финансирования).

Перечень медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по полному подушевому нормативу финансирования, приведен в **приложении 1** к Тарифному соглашению.

В полный подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включается финансовое обеспечение:

- **первичной медико-санитарной помощи** в амбулаторных условиях по специальностям, приведенным в **приложении 5** к Тарифному соглашению, в плановой форме, включая расходы на медицинскую помощь в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи, хирургические операции, выполненные в рамках посещения (обращения), лабораторные и другие лечебно-диагностические исследования (за исключением услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам), включая оказание медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами (медицинскими комплексами), доабортное консультирование беременных женщин медицинскими психологами (психологами, специалистами по социальной работе), проведение диспансерного наблюдения детского населения в рамках оказания первичной медико-

санитарной помощи, а также расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

- **специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара.**

В полный подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы на оплату:

• в амбулаторных условиях:

- услуг диализа в амбулаторных условиях;

- медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

- отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвуковых исследований сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), сцинтиграфии, эластографии, ПЦР-диагностики крови при вирусных гепатитах;

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

- диспансерное наблюдение отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

- медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами;

- медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях 3 уровня оказания медицинской помощи;

• медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации.

Объем средств, поступающих в медицинскую организацию по полному подушевому нормативу финансирования, включает расходы на оплату внешних медицинских услуг в амбулаторных условиях.

Под внешними медицинскими услугами в амбулаторных условиях понимаются посещения, обращения (законченные случаи) прикрепившихся к медицинской организации лиц, оказанные в других медицинских организациях (за исключением медицинских организаций 3 уровня).

Внешние медицинские услуги в амбулаторных условиях, оплачиваются по установленным тарифам за посещение, обращение (законченный случай), медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, и удерживаются страховой медицинской организацией, к которой эти лица прикреплены, за отчетный месяц. В стационарных условиях, в условиях дневного стационара, в

амбулаторных условиях при оплате стоматологичекой и неотложной медицинской помощи оплата внешних услуг не осуществляется.

Оплата медицинской помощи, оказанной по внешним услугам медицинскими организациями, не имеющим прикрепленного населения, производится в пределах объемов медицинской помощи (по специальностям), установленных решением Комиссии.

Ежемесячный объем средств, направляемый в медицинскую организацию на оплату медицинской помощи по полному подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц определяется ежемесячно для каждой медицинской организации исходя из значения фактического дифференцированного полного подушевого норматива финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи и количества прикрепленного населения на первое число месяца расчетного периода на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц.

Размер финансового обеспечения i-той медицинской организации (МО), имеющей прикрепившихся лиц, оплата которой осуществляется по полному подушевому нормативу финансирования, определяется по следующей формуле:

$$ППНФ^{i}_{j} = ФДП^{i}_{Нj} * Чз^{i}_{j} + ОС^{i}_{РДj}$$, где

$ППНФ^{i}_{j}$ – размер средств, направляемых на финансовое обеспечение i-той МО по полному подушевому нормативу финансирования в j-месяц, рублей;

$ФДП^{i}_{Нj}$ – фактический дифференцированный полный подушевой норматив финансирования для i–той МО в j-месяц, рублей;

$Ч_{з}{}^{i}_{j}$ – численность застрахованных лиц, прикрепленных на первое число j-месяца расчетного периода при условии прикрепления застрахованного к i-той МО полный календарный j-месяц, человек.

$ОС^{i}_{РДj}$ – размер средств, направляемых по итогам года на выплаты i-той МО, при условии достижения целевых значений показателей результативности деятельности МО, рублей.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций, фактический дифференцированный полный подушевой норматив финансирования рассчитывается с учетом поправочного коэффициента.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой по полному подушевому нормативу финансирования в разрезе медицинских организаций приведены в **приложении 32** к Тарифному соглашению.

При расчете дифференцированного полного подушевого норматива финансирования для медицинских организаций, в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, учитываются все коэффициенты, применяемые при расчете амбулаторной помощи по подушевому нормативу финансирования, в том числе коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, к которому относится МО, половозрастные коэффициенты, коэффициенты дифференцации на прикрепившихся лиц, применяемы в отношении медицинских организаций, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тыс. человек.

Оплата медицинской помощи по видам медицинской помощи, не включенным в полный подушевой норматив, проводится за единицу объема медицинской помощи по тарифам, установленным Тарифным соглашением.

Медицинские организации ведут раздельный учет посещений при обращениях по поводу заболевания, посещений с профилактической и иной целью (в т.ч. профилактических медицинских осмотров, всех видов диспансеризации, диспансерного наблюдения), стоматологической медицинской помощи, неотложной медицинской помощи, услуг, а так же посещений оказанных прикрепленному населению и не прикрепленному населению, а так же раздельный учет оказанной медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара.

Оценка показателей результативности деятельности медицинской организации, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по полному подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, применяется только к части амбулаторной медицинской помощи (без учета стоматологической медицинской помощи и неотложной медицинской помощи), приведенной в п.1.12.

РАЗДЕЛ III. РАЗМЕР ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливаются:

1.1. средний размер финансового обеспечения помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Удмуртской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо в размере **6 601,43** руб., в том числе при оплате по полному ПНФ **2 794,95** руб.;

1.2. базовый подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи **1 997,01** руб. в год;

базовый норматив финансовых затрат на оплату профилактических медицинских осмотров – **2 266,91 руб**. в год, базовый норматив финансовых затрат на оплату диспансеризации – **2 770,46 руб**. в год, в том числе углубленная диспансеризация – **1 197,93 руб**. в год;

1.3. половозрастные коэффициенты и коэффициенты уровня оказания медицинской помощи по медицинским организациям, финансируемым по подушевому нормативу финансирования в соответствии с **приложением 8** к Тарифному соглашению;

1.4. коэффициенты дифференциации на прикрепившихся в 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, в соответствии с **приложением 7** к Тарифному соглашению;

1.5. размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, в соответствии с **приложением 10** к Тарифному соглашению;

1.6. дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в соответствии с **приложением 9** к Тарифному соглашению;

1.7. перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, в соответствии с **приложением 25** к Тарифному соглашению;

1.8. базовый тариф и коэффициенты относительной затратоемкости к базовому тарифу для оплаты диализа, в соответствии с **приложением 23** к Тарифному соглашению (применяется также для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях стационара и дневного стационара).

1.9. тарифы на оплату посещений, обращений амбулаторной, стоматологической медицинской помощи и комплексных посещений в Центрах здоровья, применяемые в том числе при оказании медицинской помощи лицам,

застрахованным на территории других субъектов РФ, в соответствии с **приложением 13** к Тарифному соглашению»;

1.10. тарифы на оплату медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, в соответствии с **приложением 14** к Тарифному соглашению;

1.11. тарифы диспансерного наблюдения и тарифы комплексного посещения в рамках проведения диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения, включая тарифы на проведение указанных мероприятий в выходные дни и тарифы на оказание медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами, в соответствии с **приложением 11** к Тарифному соглашению;

1.12. тарифы на осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия, выполняемые в рамках 1-го этапа и 2-го этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения и углубленной диспансеризации выполняемые в рамках 1-го и 2-го этапа, в соответствии с **приложением 12** к Тарифному соглашению;

1.13. тариф на тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID - 19), в том числе при оказании медицинской помощи, застрахованным на территории других субъектов РФ, в соответствии с **приложением 21** к Тарифному соглашению;

1.14. тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований, сцинтиграфии, эластометрии печени, ПЦР-диагностики крови при вирусных гепатитах, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, в соответствии с **приложениями 15-22** к Тарифному соглашению;

1.15. Тарифы на оплату отдельных медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации в медицинских организациях государственной системы здравоохранения, за исключением медицинских организаций Министерства внутренних дел Российской Федерации, в соответствии с **приложением 34** к Тарифному Соглашению.

2. В части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и условиях дневного стационара, устанавливаются:

2.1. средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Удмуртской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо в размере:

в стационарных условиях - **7057,78** руб., в том числе при оплате по полному ПНФ -1 926,6 руб.

в условиях дневного стационара - **1 894,43** руб. , в том числе при оплате по полному ПНФ - 700,8 руб.;

2.2. размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовой ставки) в размере:

в стационарных условиях - **28 807,81** руб. (без учета коэффициента дифференциации – **26 070,42** руб.)

в условиях дневного стационара - **16 607,15** руб. (без учета коэффициента дифференциации – **15 029,10** руб.)

2.3. перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ и коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, оказанной:

в стационарных условиях - в соответствии с **приложением 26** к Тарифному соглашению,

в условиях дневного стационара - в соответствии с **приложением 29** к Тарифному соглашению;

2.4. тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ в соответствии с **приложением 28** к Тарифному соглашению.

3. В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, устанавливаются:

3.1. средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Удмуртской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо в размере **1031,8** руб.;

3.2. размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи **1 012,6** в год (**84,38** руб. в месяц)

3.3. тариф вызова скорой медицинской помощи без проведения тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи лицам в размере **3 634,23** руб.;

3.4. тариф вызова скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи в размере **63 634** руб.;

3.5. коэффициент специфики и ежемесячные дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в соответствии с **приложением 31** к Тарифному соглашению.

4. В части медицинской помощи, оказываемой по полному подушевому нормативу финансирования, устанавливается:

4.1. средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Удмуртской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо в размере **5 422,4 руб**., в том числе:

стационарных условий – 1926,6 руб.,
условий дневного стационара – 700,8 руб.
амбулаторных условий - 2 794,95 руб.

4.2. размер полного подушевого норматива финансирования на одно прикрепленное застрахованное лицо, без учета средств за показатели результативности деятельности медицинской организации составляет **5 321,47 руб.** в год (443,46 руб. в месяц)**.**

4.3. дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой по полному подушевому нормативу финансирования в разрезе медицинских организаций, в соответствии с **приложением 33** к Тарифному соглашению.

5. Структура тарифа на оплату медицинской помощи

Формирование тарифов осуществляется в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, утвержденной Правилами ОМС.

Тарифы на медицинские услуги являются едиными для всех СМО, оплачивающих медицинскую помощь, оказанную гражданам в медицинских организациях Удмуртской Республики.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты,

приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 100 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.

РАЗДЕЛ IV. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ

ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

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 (далее – Перечень оснований для применения санкций) по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи (далее – МЭК, МЭЭ, ЭКМП) приведены в **приложении 34** к Тарифному соглашению.

В соответствии с пунктом 154 Правил ОМС размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (Н) рассчитывается по формуле:

$$Н = РТ \times К_{но},$$

где:

Н — размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

РТ — размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

$К_{но}$ — коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи, действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП.

Если стоимость случая, подлежащего неоплате (неполной оплате) не является тарифом, утвержденным тарифным соглашением, или получена расчетным путем, в том числе с использованием доли оплаты прерванных случаев, то параметр РТ следует понимать как сумму, выставленную к оплате по законченному случаю лечения.

Согласно пункту 155 Правил ОМС размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($С_{шт}$), рассчитывается по формуле:

$$С_{шт} = РП \times К_{шт},$$

где:

Согласно пункту 155 Правил ОМС размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($С_{шт}$), рассчитывается по формуле:

$$С_{шт} = РП \times К_{шт},$$

где:

$С_{шт}$ 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 условий оказания медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи;

$К_{шт}$ коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП.

1. в амбулаторных условиях – установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Удмуртской Республики подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам в амбулаторных условиях - **6 660,62 руб.**;

2. при оплате скорой медицинской помощи вне медицинской организации – установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Удмуртской Республики подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для скорой медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам - **1 053,93 руб.**;

3. в стационарных условиях, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Удмуртской Республики подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях,

предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам - **7 555,17 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 Удмуртской Республики 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 - **1 947,09 руб.**

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 субъекте Российской Федерации 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.

РАЗДЕЛ V. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЕМОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МЕЖДУ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

Распределенные объемы предоставления медицинской помощи в разрезе видов, форм и условий оказания медицинской помощи и групп высокотехнологичной медицинской помощи, между медицинскими организациями, участвующими в реализации ТП ОМС и объемы финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями, участвующими в реализации ТП ОМС установлены решением Комиссии по разработке ТП ОМС в Удмуртской Республике.

РАЗДЕЛ VI. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Тарифное соглашение на 2023 год вступает в силу с момента его подписания Сторонами и распространяется на правоотношения, возникшие **с 01.01.2023 г. по 31.12.2023 г.**

5.2. Тарифное соглашение заключается на один финансовый год, и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течении данного финансового год.

5.3. Внесение изменений в Тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к Тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

ПОДПИСИ СТОРОН

Заместителя Председателя Правительства Удмуртской Республики, председатель Комиссии — Чуракова Т.Ю.

Заместитель министра здравоохранения Удмуртской Республики — Петренко М.В.

Директор ТФОМС УР	Валеев Т.А.
Первый заместитель директора ТФОМС УР, секретарь Комиссии	Олонова Л.А.
Директор филиала ООО «Страховая компания «Ингосстрах-М» в г. Ижевске	Горина А.В.
Директор филиала ООО «Капитал МС» в Удмуртской Республике	Кирилина Н.В.
Председатель Первичной организации профсоюза БУЗ УР «ГКБ № 9 МЗ УР» Удмуртской Республиканской организации профсоюза работников Здравоохранения РФ	Кузнецова Н.Н.
Член общественной организации "Медицинская палата Удмуртской Республики по защите прав и интересов медицинских работников"	Ватулин В.В.