

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**  
**на оплату медицинской помощи, оказываемой**  
**по Территориальной программе обязательного медицинского страхования**  
**на территории Ярославской области, на 2019 год**

г. Ярославль

28.12.2018

Департамент здравоохранения и фармации Ярославской области в лице директора Сайтгареева Р.Р., председателя планово-экономического комитета Комовой Е.И.,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ярославской области в лице директора Кокина А.Ф., первого заместителя директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Ярославской области Баташовой Л.В.,

страховые медицинские организации в лице директора филиала ООО «Капитал МС» в Ярославской области Желткевича И.С., директора Ярославского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Щеголева А.В.,

Ярославская региональная общественная организация «Ассоциация медицинских работников» в лице членов: Белокурова С.Ю., Можейко М.Е.

Ярославская областная организация профессионального союза работников здравоохранения РФ в лице председателя Трановой Л.В., заместителя председателя Хановой Е.А.,

именуемые в дальнейшем Стороны, в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановлением Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов», приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», приказом ФОМС от 18.11.2014 № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2018 № 11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов», постановлением Правительства Ярославской области от 28.12.2018 № 979-п «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Ярославской

области медицинской помощи на 2019 год», совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 11-7/10/2-7543 и 14525/26-1/и «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» заключили настоящее Тарифное соглашение об установлении тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями по территориальной программе обязательного медицинского страхования на территории Ярославской области, на 2019 год (далее – Соглашение) о нижеследующем.

## **Раздел 1. Общие положения**

1. Предметом настоящего Соглашения является согласование Сторонами:

Положения о порядке оплаты медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования Ярославской области.

Тарифов на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования:

- в амбулаторно–поликлинических условиях,
- в стационарных условиях,
- в условиях дневного стационара всех типов,
- при оказании скорой медицинской помощи.

Дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций.

2. Основные термины и определения.

**2.1 Медицинская помощь, оказанная в рамках базовой программы ОМС** – первичная медико–санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированная медицинская помощь при заболеваниях и состояниях отнесенных к базовой программе ОМС законодательством Российской Федерации, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

**2.2 Медицинская организация** – юридическое лицо независимо от организационно-правой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность, на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации (далее – МО), включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

**2.3 Уровень оказания медицинской помощи** – совокупность медицинских организаций, объединенных по уровням оказания и оплаты медицинской помощи.

Уровень медицинской организации зависит от степени оснащенности, кадрового потенциала и технологической организации работы медицинской организации и соответствующий объему диагностических и лечебных мероприятий.

**2.4 Способ оплаты медицинской помощи** – установленный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования и территориальной программой обязательного медицинского страхования способ финансирования медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в тех или иных условиях, установленных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 32 п. 3).

**2.5 Установленный объём медицинской помощи** – годовой объём медицинской помощи по условиям её оказания, выраженный в единицах объёма (вызов, посещение, обращение по заболеванию, случай госпитализации в условиях круглосуточного или дневного стационаров), установленный для медицинской организации решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, с разбивкой по кварталам.

**2.6 Вызов скорой помощи** – система круглосуточно выполняемых вне медицинских организаций квалифицированных медицинских (диагностических и лечебных) мероприятий, направленных на устранение состояний, представляющих угрозу жизни и здоровью людей, а также, при необходимости, обеспечение максимально возможных условий для безопасной и быстрой эвакуации заболевшего или пострадавшего в медицинскую организацию, где ему будет обеспечена квалифицированная специализированная медицинская помощь.

**2.7 Посещение с профилактической и иными целями** – контакт пациента с врачом (средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный приём) с целью получения превентивных или иных профилактических мероприятий, в том числе: диспансеризация определённых групп населения, посещения Центров здоровья (комплексный медицинский осмотр), профилактические медицинские осмотры в соответствии с порядками, утверждёнными Министерством здравоохранения Российской Федерации, патронаж, диспансерному наблюдению, с другими обстоятельствами (получение справки, других медицинских документов), медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием.

**2.8 Посещение в неотложной форме** - контакт пациента с врачом (средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный приём) при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков

угрозы жизни пациента.

**2.9 Обращение по заболеванию** – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания, включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующей позиции «Талона пациента получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» только при последнем посещении больного по данному поводу. Кратность посещений по поводу одного заболевания составляет от 2,6 до 3,2 посещения, при оказании стоматологической помощи 8,5 УЕТ.

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

**2.11 Медицинская услуга** – медицинское мероприятие или вмешательство (исследование), направленное на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию, имеющее самостоятельное законченное значение и определённую стоимость. Используется при оплате услуг по диализу.

**2.12 Условная единица трудоемкости (УЕТ)** – норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объёма работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме, необходимого для лечения среднего кариеса (I класс по Блеку) и равен 10 минутам.

Учёт посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» утверждённой приказом департамента здравоохранения и фармации Ярославской области (далее – Департамент) от 25.12.2013 № 3216 «Об утверждении учётной статистической формы № 025-1/у «Талон амбулаторного пациента» (в редакции приказа Департамента от 21.12.2018 № 1482).

**2.13 Прикрепленное население** – застрахованные лица, зарегистрированные по месту жительства в муниципальном образовании, обслуживаемые в МО по месту жительства или работы, сформированных в МО в соответствии с действующим законодательством, нормативными правовыми актами, регламентирующими порядок прикрепления граждан к МО и утвержденных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

**2.14 Подушевое финансирование** – способ оплаты медицинской помощи, при котором объем финансирования медицинских организаций зависит от численности

прикрепленных (обслуживаемых) к МО застрахованных лиц на территории субъекта и размера дифференцированного подушевого норматива финансирования по ОМС.

**2.15 Подушевое финансирование 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 (без проведения межучрежденческих расчетов)** – способ оплаты амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, при котором объем финансирования медицинских организаций зависит от численности прикрепленных к МО застрахованных лиц на территории субъекта, размера дифференцированного подушевого норматива финансирования с учётом средств направляемых на выплаты медицинской организации в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

**2.16 Подушевое финансирование 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 (с проведением межучрежденческих расчетов)** – способ оплаты амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, при котором объем финансирования медицинских организаций зависит от численности прикрепленных к МО застрахованных лиц на территории субъекта, размера дифференцированного подушевого норматива финансирования с учётом средств направляемых на выплаты медицинской организации в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности и сумме средств подлежащих исключению по результатам межучрежденческих расчетов.

**2.17 Подушевое финансирование на прикрепившихся к медицинской организации лиц включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи, с учётом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) (без проведения межучрежденческих расчетов)** - способ оплаты медицинской помощи, при котором объем финансирования медицинских организаций зависит от численности прикрепленных к МО застрахованных лиц на территории субъекта, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), размера дифференцированного подушевого норматива финансирования с учётом средств, направляемых на выплаты медицинской организации в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности (включая фактическое выполнение объема медицинской помощи по видам и условиям оказания).

**2.18 Подушевое финансирование на прикрепившихся к медицинской организации лиц** включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи, с учётом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объёма медицинской помощи) (с проведением межучрежденческих расчётов) – способ оплаты медицинской помощи, при котором объём финансирования медицинских организаций зависит от численности прикрепленных к МО застрахованных лиц на территории субъекта, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), размера дифференцированного подушевого норматива финансирования с учётом средств, направляемых на выплаты медицинской организации в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности (включая фактическое выполнение объёма медицинской помощи по видам и условиям оказания) и сумме средств подлежащих исключению по результатам межучрежденческих расчётов.

**2.19 Дифференцированный подушевой норматив финансирования** – ежемесячный объём финансирования медицинской организации в расчёте на одно прикреплённое (обслуживаемое) лицо.

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

**2.21 Оплата медицинской помощи по КСГ** – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратноёмкости и поправочных коэффициентов:

**Базовая ставка** – средний объём финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объёмов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учётом других параметров, предусмотренных методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования (средняя стоимость законченного случая лечения);

**Коэффициент относительной затратноёмкости** – устанавливаемый методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний к среднему объёму финансового обеспечения медицинской помощи в расчёте на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

### **Поправочные коэффициенты:**

**Управленческий коэффициент** - коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учёта региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе;

**Коэффициент уровня оказания медицинской помощи** – коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

**Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи** – коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленные объективными причинами;

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

**2.22 Оплата медицинской помощи за услугу** – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования.

**2.23 Прерванный случай лечения** – это случай, при переводе пациента в другую медицинскую организацию, выписка за нарушение режима, самовольно прерванное лечение, преждевременная выписка пациента при его письменном отказе (или отказе его законного представителя) от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований и длительность госпитализации составляет менее 3-х дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

**2.24 Высокотехнологичная медицинская помощь** – является частью специализированной медицинской помощи, включающей в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

## 2.25 Медицинская помощь оказывается в следующих формах:

- **экстренная** – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

- **неотложная** - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента;

- **плановая** - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозе его жизни и здоровью.

Требования и правила информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования Ярославской области, которые устанавливаются «Положением об электронном обмене данными в системе ОМС Ярославской области» и «Положением о нормативно-справочной информации» (действующие версии), разрабатываются и утверждаются Территориальным фондом ОМС Ярославской области в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия, и обязательны для всех участников обязательного медицинского страхования, а так же лиц, действующих по поручению участников ОМС при осуществлении информационного обмена в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ярославской области.

## **Раздел 2. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории Ярославской области**

2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, производится в соответствии со способами оплаты, установленными постановлением Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» и постановлением Правительства Ярославской области от 28.12.2018 № 979-п «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Ярославской области медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».

### **2.2 Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях**

2.2.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, представлен в Приложении 1.

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями,



работающими в системе ОМС Ярославской области, в амбулаторных условиях производится:

– на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объёма медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи), включённых в утверждённый Тарифным соглашением перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, имеющих прикрепившихся лиц и не участвующих в межучрежденческих расчётах за оказанную медицинскую помощь;

– на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объёма медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи), включённых в утверждённый Тарифным соглашением перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, имеющих прикрепившихся лиц и участвующих в межучрежденческих расчётах за оказанную медицинскую помощь;

– за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами Ярославской области, на территории которой выдан полис ОМС, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

В подушевой норматив финансирования включается первичная доврачебная, первичная врачебная медико-санитарная помощь, организованная по территориально-участковому принципу, а также первичная специализированная медико-санитарная помощь.

Нормативы объема медицинской помощи по видам, входящим в подушевой норматив финансового обеспечения:

– для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями – 1,846 посещения на 1 застрахованное лицо;

– для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями – 1,417 обращения на 1 застрахованное лицо.

За единицу объема медицинской помощи принимаются:

– обращение по заболеванию;

– посещение, оказываемое в неотложной форме;

– посещение с профилактическими и иными целями, в том числе при проведении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

**2.2.2. Оплата первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учётом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объёма медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях, в сочетании с оплатой за единицу объёма медицинской помощи (с проведением и без проведения межучрежденческих расчётов)**

Подушевой норматив финансирования включает расходы МО на часть объёма собственной деятельности, определяется на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учётом критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи. Средний размер подушевого норматива финансирования для медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь с учетом выплат за результативность составляет 2 522,63 руб. в год.

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объёма медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (независимо от участия в проведении межучрежденческих расчётов) в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

При этом размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу определяется по следующей формуле:

$$ОС_{ПН} = ДПн \times ЧЗ^{ПР} \times (1 - Дрд) + ОС_{РД}, \text{ где:}$$

$ОС_{ПН}$	—	финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, рублей;
$ДПн$	—	дифференцированный подушевой норматив для медицинских организаций, рублей;
$Дрд$	—	Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности;
$ЧЗ^{ПР}$	—	численность застрахованных лиц, прикрепленных к данной медицинской организации, человек;
$ОС_{РД}$	—	размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей.

Оценка медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью осуществления выплат при достижении целевых значений показателей результативности осуществляется ежемесячно нарастающим итогом.

$$U_p = B_{\text{факт}} / B_{\text{макс}}, \text{ где}$$

$U_p$  – уровень выполнения показателей результативности деятельности,

$B_{\text{факт}}$  – фактическое количество набранных баллов (если  $B_{\text{факт}} < 0$ , то при расчёте следует считать  $B_{\text{факт}} = 0$ ),

$B_{\text{макс}}$  – максимальное количество баллов.

На осуществление выплат за достигнутые показатели результативности медицинским организациям, имеющим прикреплённое население, устанавливается 8 % от месячной суммы подушевого финансирования.

Ежемесячно ТФ ОМС ЯО осуществляет по каждой медицинской организации оценку:

- уровня выполнения показателей результативности деятельности,
- определяет суммарное количество баллов
- сумму финансирования.

Выплаты за достигнутые показатели результативности корректируются следующим календарным месяцем (за декабрь подушевой норматив финансирования передаётся в полном объёме).

При выполнении показателей результативности в соответствии с установленными критериями проводится корректировка финансового плана учреждения.

Перечень медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учётом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объёма медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (независимо от участия в проведении межучрежденческих расчётов), указан в Приложении 1.

Для оценки показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учётом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объёма медицинской помощи), применяется «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки» (Приложение 2).

В рамках подушевого норматива финансирования, в пределах объемов, установленных решением Комиссии, оплачивается медицинская помощь, оказанная в плановой форме по обращению по заболеванию или посещению с профилактическими и

иными целями:

- фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием - первичная доврачебная медико-санитарная помощь;

- врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами) - первичная врачебная медико-санитарная помощь, организованная, в том числе и по территориально-участковому принципу;

- врачами-специалистами - первичная специализированная медико-санитарная помощь.

Сверх подушевого норматива финансирования (за единицу объёма) в пределах объемов, установленных решением Комиссии, выставляется к оплате по тарифам в соответствии с Приложениями 3, 4, 5, 6 медицинская помощь, оказанная:

- при проведении диспансеризации, профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, порядки, проведения которых установлены нормативно-правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации в пределах плановых объемов, утвержденных департаментом;

- в Центрах здоровья (комплексный медицинский осмотр);

- медицинская помощь, оказываемая в неотложной форме, включая медицинскую помощь, оказанную в травмопунктах;

- медицинская помощь, оказанная в учреждениях образования;

- при обращении по заболеванию при лазерном лечении болезней глаз;

- при обращении по заболеванию при диагностике онкологической патологии;

- медицинская помощь, по диализу/перитонеальному диализу, оказанная в амбулаторно-поликлинических условиях.

Оплата медицинских услуг при проведении межучрежденческих расчётов за лабораторные исследования при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях и тарифы на оплату лабораторных исследований приведены в Приложениях 7, 8.

#### **2.2.2.1. Оплата медицинской помощи в рамках проведения мероприятий по диспансеризации и медицинских профилактических осмотров отдельных категорий граждан**

Первый этап диспансеризации считается завершенным (отражается в отчете о проведении диспансеризации как законченный случай) и подлежит оплате по тарифу (с обязательным указанием соответствующего кода законченного случая) в случае выполнения во время проведения диспансеризации или наличия результатов ранее выполненных обязательных осмотров, исследований не менее 85% от объема исследований первого этапа диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом обязательным является проведение анкетирования и приема

(осмотра) врача-терапевта.

Первый этап диспансеризации оплачивается:

– по тарифу соответствующего законченного случая по диспансеризации при условии выполнения (от даты начала до даты окончания первого этапа диспансеризации) не менее 85% от обязательного объема исследований, установленных для данного возраста и пола гражданина (Приложение 3);

- по тарифам на оплату отдельных медицинских услуг, выполненных в рамках диспансеризации (Приложение 4), в случае, если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации и учтенных обязательных осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации;

- по тарифу соответствующего законченного случая по диспансеризации, проводимого с периодичностью 1 раз в 2 года, при условии выполнения (от даты начала до даты окончания первого этапа диспансеризации) 100% от обязательного объема исследований, установленных для данного возраста и пола гражданина (Приложение 3).

По соответствующему тарифу, установленному для профилактического осмотра взрослого населения в возрасте на 1 год меньше возраста, предусмотренного для диспансеризации, оплата осуществляется в случае выполнения в рамках первого этапа диспансеризации менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, но при этом выполненные обязательные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют 85% и более от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра, такие случаи учитываются как проведенный гражданину профилактический медицинский осмотр.

По тарифам на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в рамках базовой программы ОМС, применяемым, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, согласно Приложению 5 к Тарифному соглашению, оплата производится в случае, если выполненные обязательные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют менее 85% от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра.

Медицинские услуги, выполненные в рамках законченного случая диспансеризации в других медицинских организациях в соответствии с Приказами департамента, учитываются в объеме диспансеризации медицинской организации – исполнителя диспансеризации (не считаются заимствованными).

Персональный счет на оплату диспансеризации должен содержать только услуги,

выполненные в рамках диспансеризации с обязательным указанием соответствующего кода законченного случая.

Второй этап диспансеризации считается законченным в случае выполнения осмотров врачей–специалистов, исследований и иных медицинских мероприятий, необходимость проведения которых определена по результатам первого этапа диспансеризации.

МО ведут персонализированный учет законченных случаев диспансеризации и медицинских осмотров по результатам первого и второго этапов ее проведения.

В соответствии с подпунктом 2 пункта 4 Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2017 № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» льготные категории граждан проходят диспансеризацию ежегодно вне зависимости от возраста:

1) инвалиды Великой Отечественной войны и инвалиды боевых действий, а также участники Великой Отечественной войны, ставшие инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

2) лица, награжденные знаком «Житель блокадного Ленинграда» и признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

3) бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий).

Оплата диспансеризации указанных категорий граждан производится по стоимости законченного случая, установленной для граждан ближайшей возрастной категории (приказ департамента от 19.01.2018 № 17).

При выставлении к оплате диспансеризации льготных категорий граждан в персональном счете в обязательном порядке указывается код льготы пациента.

#### **2.2.2.2. Оплата комплексного медицинского осмотра в Центре здоровья**

Комплексный медицинский осмотр в Центре здоровья (в Центре здоровья для детей) может проводиться в течение одного или нескольких дней. Простые медицинские услуги, выполненные при проведении комплексного осмотра, указываются при формировании персонального счета, подлежат учету как один законченный случай и оплачиваются как профилактическое посещение 1 раз в отчетном году. Тарифы на оплату комплексного медицинского осмотра в Центре здоровья установлены Приложением 6.

### **2.2.2.3. Оплата неотложной медицинской помощи**

При оказании неотложной медицинской помощи пунктом (кабинетом, отделением) неотложной медицинской помощи оплата производится по профилю «Неотложная медицинская помощь» и по соответствующему тарифу.

В случаях оказания неотложной медицинской помощи больным, не подлежащим дальнейшей госпитализации (в приемных отделениях стационаров) медицинская помощь оплачивается по профилю оказанной медицинской помощи и по тарифу «Неотложная медицинская помощь».

При оказании неотложной стоматологической помощи медицинская помощь оплачивается по посещениям с учётом профиля оказанной медицинской помощи.

Факт обращения пациента за неотложной медицинской помощью должен быть зафиксирован в первичных медицинских документах.

### **2.2.2.4. Оплата медицинской помощи оказанной методом диализа/перитонеального диализа**

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за одну услугу (сутки) диализа и один день перитонеального диализа.

Тарифы на оплату услуг диализа/ перитонеального диализа, в том числе и при проведении межтерриториальных расчётов, установлены в Приложении 5.

Проезд пациентов до места оказания медицинской услуги не включён в тариф на оплату медицинской помощи.

### **2.2.2.5. Оплата первичной медико–санитарной помощи за единицу объема медицинской помощи**

За единицу объёма медицинской помощи в пределах объемов, установленных решением Комиссии, по тарифам в соответствии с Приложениями 3, 4, 5, 6, 9 подается к оплате медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях в неотложной и плановой форме:

- фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием - первичная доврачебная медико-санитарная помощь;

- врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами) - первичная врачебная медико-санитарная помощь;

- врачами-специалистами - первичная специализированная медико-санитарная помощь, в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, а так же медицинская помощь, оказанная на территории Ярославской области лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации.

Перечень медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, оплата

медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объёма медицинской помощи, указан в Приложении 1.

#### **2.2.2.6. Оплата стоматологической помощи**

Медицинским организациям, имеющим прикрепленное население, оплата стоматологической помощи осуществляется в рамках подушевого финансирования.

Медицинским организациям, не имеющим прикрепленное население, оплата стоматологической помощи производится по тарифам, утверждённым в соответствующем Приложении Тарифного соглашения.

Для учёта случаев лечения, при оказании стоматологической помощи используется следующее правило: один визит пациента является одним посещением.

Оплата стоматологической помощи производится на основании «Классификатора основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоёмкости (УЕТ)» Приложение 9, по тарифам, установленным Приложением 5, с учетом имеющихся у медицинской организации лицензий на осуществление соответствующих видов медицинской деятельности, с обязательным указанием в реестре персональных счетов выполненных медицинских услуг, зубной формулы и поверхности зуба.

Ортодонтическая помощь при врожденных аномалиях (пороках развития), а также посещения к врачу - ортодонту выполненные с профилактическими и иными целями, оплачиваются из системы ОМС согласно территориальной программе государственных гарантий Ярославской области у лиц до 17 лет 11 месяцев 29 дней.

Оплата стоматологической помощи производится по следующей формуле:

$$ФТ = \sum_n^1 Т_{соотв} * Q_n, \text{ где:}$$

ФТ – фактический тариф;

Т<sub>соот</sub> – тариф на 1 услугу;

Q<sub>n</sub> – кол-во УЕТ оказанной услуги включенной в талон амбулаторного пациента на стоматологическом приеме.

Полученное произведение записывается до 2-х знаков после запятой без округления. Затем производится суммирование полученных стоимостей услуг.

Для учета количества посещений по стоматологии при формировании персонального счета необходимо наличие одной из услуг являющейся посещением.

При оказании медицинской помощи по стоматологии первичным считается первое посещение за стоматологической помощью в отчётном году по любому поводу в одной медицинской организации. Все последующие посещения являются повторными в данной медицинской организации. При повторном обращении по заболеванию по любому поводу



в данную медицинскую организацию персональный счет должен содержать два и более повторных посещений.

#### **2.2.2.7. Оплата профилактических посещений, выполненных в рамках проведения школ здоровья (школ по профилактике заболеваний)**

Медицинским организациям, имеющим прикрепленное население, оплата школ здоровья производится в рамках подушевого финансирования.

Медицинским организациям, не имеющим прикрепленное население, оплата профилактических посещений, выполненных в рамках проведения школ здоровья (школ по профилактике заболеваний) производится по тарифам, утверждённым в соответствующем Приложении Тарифного соглашения.

Одна тема оплачивается 1 раз в текущем году для данной МО, при выполнении соответствующего перечня медицинских услуг, которые указываются при формировании персонального счета.

Количество школ (по разным темам), которые может посетить пациент в отчетном году, не ограничено. План занятий в школах (при отсутствии его в федеральном законодательстве), согласовывается с главным внештатным специалистом департамента по соответствующему профилю и предоставляется в Фонд.

### **2.3 Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях**

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по базовой программе ОМС в стационарных условиях с распределением по уровням (подуровням) оказания медицинской помощи приведен в Приложении 10.

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация» и медицинская помощь по профилю «Онкология»), постановлением Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» (далее - Программа) установлены следующие способы оплаты:

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

– за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

Оплата медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, оказанной в стационарных условиях, по КСГ осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

– заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

– заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, для которых Программой установлена средняя стоимость оказания медицинской помощи, в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

– социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения), в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

– услуг диализа/перитонеального диализа, включающих различные методы.

Отнесение случая лечения к определенной КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратноёмкость лечения пациента (классификационные критерии):

1. Кода диагноза - в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем» с учетом внесенных в него изменений письмом Министерства здравоохранения от 05.12.2014 № 132/1664 (далее – МКБ-Х);

2. Кода хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии, входящей в Номенклатуру медицинских услуг (далее – Номенклатура), утвержденную приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (при наличии).

3. Схемы лекарственного лечения;

4. МНН лекарственного препарата;

5. Возрастной категории пациента;

6. Сопутствующего диагноза или диагноза осложнения (код по МКБ-Х);

7. Оценки 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;

8. Длительности непрерывного проведения искусственной вентиляции лёгких;

9. Количества дней проведения лучевой терапии (фракций);

10. Пола;

11. Длительности лечения.

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

При наличии нескольких хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет более высокий коэффициент относительной затратоемкости.

При отсутствии хирургической операции и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-Х.

Если пациенту оказывалось оперативное лечение, но затратоемкость группы, к которой данный случай был отнесен на основании кода по Номенклатуры, меньше затратоемкости группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ-Х, оплата осуществляется по группе, сформированной по диагнозу. Исключение составляют КСГ, по которым не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги (приведены в Приложении 11).

При выполнении операции кесарево сечение (A16.20.005 Кесарево сечение) случай относится к КСГ st02.004 «Кесарево сечение» вне зависимости от диагноза.

КСГ st01.001 «Беременность без патологии, родовая госпитализация в отделение сестринского ухода» может быть подана на оплату только медицинскими организациями, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

### **2.3.1. Оплата прерванных случаев лечения**

В случае если длительность лечения составила 3 дня и менее и пациенту была выполнена хирургическая операция и/или проведена тромболитическая терапия, (перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию приведен в Приложение 12), являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение и/или тромболитическая терапия не

проводились, случай оплачивается в размере 40% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ-Х).

В случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а так же при проведении диагностических исследований) составила более 3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция и/или проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение и/или тромболитическая терапия не проводилось, случай оплачивается в размере 60% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ-Х).

Перечень прерванных случаев, которые, независимо от результата и исхода лечения, оплачиваются по стоимости соответствующей КСГ в полном объеме, в условиях круглосуточного стационара представлен в Приложении 13.

### **2.3.2. Оплата прерванных случаев лечения при проведении лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях**

Случаи лечения, где фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

Случаи лечения, где фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется в размере 40% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

### **2.3.3. Оплата прерванных случаев лечения при проведении лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией**

Оплата прерванных случаев лечения при проведении лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией, осуществляется в размере 40% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

### **2.3.4. Оплата случаев лечения при переводе пациента из одного структурного подразделения в другое в пределах одной медицинской организации либо между медицинскими организациями**

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной и, наоборот), в случае, если это

обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-Х и не является следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а так же при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100% оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

При направлении в медицинскую организацию, в том числе и в федеральную, с целью комплексного обследования и / или предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ-Х, либо по коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

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

Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящихся к одному классу МКБ-Х:

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
- оказание медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;
- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара<sup>1</sup>;
- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

При этом если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии правилами оплаты прерванных случаев.

---

<sup>1</sup> Например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2))

Оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: КСГ st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и КСГ st02.003 «Родоразрешение», а также КСГ st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и КСГ st02.004 «Кесарево сечение» возможна при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

При этом оплата по двум КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ–Х:

О14.1 Тяжелая преэклампсия;

О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;

О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;

О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

При этом если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

### **2.3.5. Оплата методов лечения, включенных в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи**

Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в рамках ОМС на территории Ярославской области, приведен в Приложении 14.

Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи.

Оплата специализированной высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется за законченный случай лечения заболевания по утвержденным постановлением Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» нормативам финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной

медицинской помощи, содержащим в том числе методы лечения, вне зависимости от длительности лечения, без учета коэффициентов - Приложение 15.

Отнесения случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-Х, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи принятых постановлением Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».

В случае если хотя бы один из вышеперечисленных параметров не соответствует Перечню, установленному в постановлении Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов», то данный случай лечения оплачивается в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, исходя из выполненной хирургической операции и /или другой применяемой медицинской технологии.

### **2.3.6. Оплата случаев лечения при проведении диализа/перитонеального диализа**

Учитывая особенности оказания, а также пожизненный характер проводимого лечения и, соответственно, оплаты медицинской помощи при проведении процедур диализа/перитонеального диализа, включающего различные методы, для оплаты указанных процедур, оказываемых в стационарных условиях, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу. При этом стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

Стоимость услуги, с учётом количества фактически выполненных услуг, прибавляется в рамках одного случая лечения. Базовые ставки, коэффициент относительной затратёмкости и тарифы на услуги «Гемодиализа» и «Перитонеального диализа» представлены в Приложении 16 к Тарифному соглашению. Поправочные коэффициенты: управленческий, уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации и сложности лечения пациента распространяются только на КСГ. Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопустимо.

В целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре. При этом в период лечения в круглосуточном

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

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

Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного 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 критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШМР) – Приложение 17.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей по КСГ №№ st37.014-st37.018 служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжёлой степени тяжести ребёнок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ.

### **2.3.8. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»**

Наполнение КСГ выполнено в соответствии с моделями диагностики и лечения пациентов, разработанных на основании утверждённых Ассоциацией онкологов России клинических рекомендаций по профилю «Онкология» и размещённых на Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России ([cr.rosminzdrav.ru](http://cr.rosminzdrav.ru)).

При расчёте тарифа по лекарственной терапии учтено использование нагрузочных доз, в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения и применение сопутствующей терапии для коррекции нежелательных явлений (например, противорвотные препараты, препараты, влияющие на структуру и минерализацию костей и др.).

Отнесение к КСГ, предусматривающей хирургическое лечение, осуществляется по коду МКБ – X и коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой (перечень КСГ по хирургической онкологии приведён в Приложении 18).

Если больному со злокачественным новообразованием выполнялось оперативное вмешательство, не являющееся классификационным критерием для онкологического КСГ, то отнесение такого случая производится по общим правилам, то есть к КСГ, формируемой по коду выполненного хирургического вмешательства.

Формирование случая лечения по КСГ с проведением лучевой терапии происходит на основании кода МКБ – X, кода Номенклатуры и количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций).

Случаи лечения по КСГ с проведением лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляются по коду МКБ – X, коду Номенклатуры,



количеству дней проведения лучевой терапии (числа фракций) и кода МНН лекарственных препаратов.

КСГ для случаев лекарственной терапии формируются на основании кода МКБ – X и схемы лекарственной терапии. За случай лечения принимается госпитализация для осуществления одному больному определённого числа дней введения лекарственных препаратов. Количество дней введения не равно числу введений, так как в один день больной может получать несколько лекарственных препаратов. Также количество дней введения не равно длительности госпитализации<sup>2</sup>.

В случаях применения схем лечения sh 903 и sh904 обязательно проведение экспертизы качества медицинской помощи.

КСГ st19.037 «Фебрильная нейтропения, агранулоцитоз вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)» и st19.038 «Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)» применяются в случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз или установка, замена порт-системы являются основным поводом для госпитализации. В случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз развиваются у пациента, госпитализированного с целью проведения специального противоопухолевого лечения, оплата производится по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Отнесение случая к КСГ st19.037 осуществляется по двум кодам МКБ - X (D70 Агранулоцитоз и C00-C80, C97). При этом поводом для госпитализации является диагноз D70, поэтому его необходимо кодировать в поле «Основное заболевание», в поле «Дополнительный диагноз» необходимо указать код МКБ - X, соответствующий злокачественному заболеванию (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) – C00-C80 или C97.

Отнесение случая к КСГ st19.038 осуществляется по кодам МКБ - X (C00-C80, C97, D00-D09) и коду Номенклатуры A11.12.001.002 - Имплантация подкожной венозной порт системы. При этом по коду данной услуги также допустимо кодирование установки и замены периферического венозного катетера – ПИК-катетера (ввиду отсутствия соответствующей услуги в Номенклатуре).

---

<sup>2</sup> Пример подбора схемы лечения, в зависимости от количества дней введения, приведён на стр. 53 Инструкции по группировке случаев, в том числе правила учёта классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, утверждённой совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 11-7/10/2-7543 и 14525/26-1/и.

### **2.3.9. Оплата случаев лечения по КСГ st27.014 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования»**

Отнесение случая осуществляется на основании соответствующего кода Номенклатуры из раздела «В». Данная КСГ предназначена для оплаты случаев госпитализаций в отделения / медицинские организации неонкологического профиля, когда в ходе обследования выявлено злокачественное новообразование с последующим переводом (выпиской) больного для лечения в профильную организацию.

### **2.3.10. Оплата случаев лечения по КСГ st36.012 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения»**

Отнесение случая к данной КСГ производится, если диагноз относится к классу С, при этом больному не оказывалось услуг, являющихся классификационным критерием (химиотерапия, лучевая терапия, хирургическая операция). Указанная КСГ может применяться в случае необходимости проведения поддерживающей терапии и симптоматического лечения.

При проведении экспертизы качества медицинской помощи целесообразно обращать внимание на обоснованность госпитализации.

### **2.3.11. Оплата случаев лечения по профилю «Офтальмология»**

Выполнение косметических процедур за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется. В связи с этим оплата по КСГ st21.006 услуги А16.26.046.001 «Эксимерлазерная фототерапевтическая кератэктомия» осуществляется только при лечении эрозии, язвы роговицы, кератита, помутнения роговицы, возникшего вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности компенсации вызванной ими иррегулярности роговицы с помощью очковой или контактной коррекции, услуг А16.26.046.002 «Эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» (КСГ st21.006) и А16.26.047 «Кератомилез» (КСГ st21.005) – при коррекции астигматизма или иррегулярности роговицы, возникших вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности их компенсации с помощью очковой или контактной коррекции. Аналогичные принципы применяются для медицинской услуги А16.26.046 «Кератэктомия» (КСГ st21.001).

Выявление данных случаев необходимо осуществлять при проведении медико-экономической экспертизы и, при необходимости – экспертизы качества медицинской помощи.

### **2.3.12. Оплата случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология»**

В условиях круглосуточного стационара 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 на оплату КСГ по профилю «Неонатология».

### **2.3.13. Оплата случаев лечения по реанимационным КСГ**

Отнесение к КСГ st36.009 «Реинфузия аутокрови», КСГ st36.010 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация» и КСГ st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация» осуществляется соответственно по следующим кодам услуг Номенклатуры:

Код услуги	Наименование услуги
A16.20.078	Реинфузия аутокрови (с использованием аппарата cell-saver)
A16.12.030	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
A16.10.021.001	Экстракорпоральная мембранная оксигенация

Отнесение случаев лечения с пациентов с органной дисфункцией к КСГ st04.006 «Панкреатит с синдромом органной дисфункции», КСГ st12.007 «Сепсис с синдромом органной дисфункции», КСГ st12.013 «Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции», КСГ st27.013 «Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции» и КСГ st33.008 «Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции» осуществляется с учётом, в том числе классификационного критерия – «оценка состояния пациента» с кодом «it1».

Отнесение к КСГ st36.008 «Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении» по коду МКБ-Х (основное заболевание) и коду дополнительного классификационного критерия «it2», означающего непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 480 часов и более.

Шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA) и Шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA) приведены в Приложении 19.

### **2.3.14. Оплата случаев лечения по КСГ st36.003 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов»**

Отнесение случая лечения к данной КСГ производится по комбинации кода МКБ - Х и кодов Номенклатуры, обозначающих услуги по назначению лекарственных препаратов, в ряде случаев лечения классификационным критерием также является возраст: до двух лет.

Название услуги включает наименование группы лекарственного препарата согласно анатомо-терапевтическо-химической (АХТ) классификации и диагноз. В медицинской организации при назначении конкретного лекарственного препарата определяется его принадлежность к АТХ-группе и выбирается соответствующая услуга для кодирования.

Количество случаев госпитализации одного пациента по КСГ st36.003 определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по соответствующей нозологии.

#### **2.4 Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара**

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по базовой программе ОМС в условиях дневного стационара всех типов, приведен в Приложении 20.

Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов (стационара дневного пребывания при больничных учреждениях, дневного стационара при амбулаторно-поликлинических учреждениях (подразделениях) и стационара на дому), в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» осуществляется:

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

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, услуг диализа/перитонеального диализа, включающих различные методы.

Оплата медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, оказанной в стационарных условиях, по КСГ осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, для которых Программой установлена средняя стоимость оказания медицинской помощи, в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

– социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения), в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

– услуг диализа/перитонеального диализа, включающих различные методы..

Отнесение случая лечения к определенной КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратноёмкость лечения пациента (классификационные критерии):

1. Кода диагноза - в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем» с учетом внесенных в него изменений письмом Министерства здравоохранения от 05.12.2014 № 13 2/1664 (далее – МКБ-Х);

2. Кода хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии, входящей в Номенклатуру медицинских услуг (далее – Номенклатура), утвержденную приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (при наличии).

3. Схемы лекарственного лечения;

4. МНН лекарственного препарата;

5. Возрастной категории пациента;

6. Оценки состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации;

7. Количества дней проведения лучевой терапии (фракций);

8. Пола.

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

При наличии нескольких хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет более высокий коэффициент относительной затратноёмкости.

При отсутствии хирургической операции и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-Х.

Если пациенту оказывалось оперативное лечение, но затратноёмкость группы, к которой данный случай был отнесен на основании кода по Номенклатуры, меньше затратноёмкости группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ-Х, оплата осуществляется по группе, сформированной по диагнозу.

#### **2.4.1. Оплата прерванных случаев лечения**

В случае если длительность лечения составила 3 дня и менее и пациенту была

выполнена хирургическая операция и/или проведена тромболитическая терапия, (перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию приведен в Приложение 21), являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение и/или тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере 40% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ-Х).

В случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а так же при проведении диагностических исследований) составила более 3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция и/или проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение и/или проведена тромболитическая терапия не проводилось, случай оплачивается в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ-Х).

Перечень прерванных случаев пребывания, которые, независимо от результата и исхода лечения, оплачиваются по стоимости соответствующей КСГ в полном объеме, в условиях дневного стационара представлен в Приложении 22.

#### **2.4.2. Оплата прерванных случаев лечения при проведении лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях**

Случаи лечения, где фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

Случаи лечения, где фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется в размере 40% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

### **2.4.3. Оплата прерванных случаев лечения при проведении лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией**

Оплата прерванных случаев лечения при проведении лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией, осуществляется в размере 40% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

### **2.4.4. Оплата случаев лечения при переводе пациента из одного структурного подразделения в другое в пределах одной медицинской организации либо между медицинскими организациями**

При переводе пациента из одного отделения в другое в рамках одной медицинской организации в условиях дневного стационара в случае, если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ–Х и не является следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, оба случая лечения заболевания подлежат 100% оплате в рамках соответствующих КСГ за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящихся к одному классу МКБ-Х:

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

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

При этом если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

### **2.4.5. Оплата случаев лечения при проведении диализа/перитонеального диализа**

Учитывая особенности оказания, а также пожизненный характер проводимого лечения и, соответственно, оплаты медицинской помощи при проведении процедур диализа/перитонеального диализа, включающего различные методы, для оплаты указанных процедур, оказываемых в условиях дневного стационара, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу. При этом стоимость услуги с учетом количества

фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

Стоимость услуги, с учётом количества фактически выполненных услуг, прибавляется в рамках одного случая лечения. Базовые ставки, коэффициент относительной затратноёмкости и тарифы на услуги «Гемодиализа» и «Перитонеального диализа» представлены в Приложении 23 к Тарифному соглашению. Поправочные коэффициенты: управленческий, уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации и сложности лечения пациента распространяются только на КСГ. Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопустимо.

В целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения. При этом в период лечения в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

#### **2.4.6. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»**

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

Для КСГ №№ ds37.001-ds37.008 критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШМР) – Приложение 17.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей по КСГ №№ ds37.009-ds37.012 служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и лёгкой степени тяжести ребёнок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара с оплатой по соответствующей КСГ.

#### **2.4.7. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»**

Наполнение КСГ выполнено в соответствии с моделями диагностики и лечения пациентов, разработанных на основании утверждённых Ассоциацией онкологов России клинических рекомендаций по профилю «Онкология» и размещённых на Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России ([cr.rosminzdrav.ru](http://cr.rosminzdrav.ru)).

При расчёте тарифа по лекарственной терапии учтено использование нагрузочных доз, в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения и применение сопутствующей терапии для коррекции нежелательных явлений (например, противорвотные препараты, препараты, влияющие на структуру и минерализацию костей и др.).



Отнесение к КСГ, предусматривающей хирургическое лечение, осуществляется по коду МКБ – X и коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой.

Если больному со злокачественным новообразованием выполнялось оперативное вмешательство, не являющееся классификационным критерием для онкологического КСГ, то отнесение такого случая производится по общим правилам, то есть к КСГ, формируемой по коду выполненного хирургического вмешательства.

Формирование случая лечения по КСГ с проведением лучевой терапии происходит на основании кода МКБ – X, кода Номенклатуры и количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций).

Случаи лечения по КСГ с проведением лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляются по коду МКБ – X, коду Номенклатуры, количеству дней проведения лучевой терапии (числа фракций) и кода МНН лекарственных препаратов.

КСГ для случаев лекарственной терапии формируются на основании кода МКБ – X и схемы лекарственной терапии. За случай лечения принимается госпитализация для осуществления одному больному определённого числа дней введения лекарственных препаратов. Количество дней введения не равно числу введений, так как в один день больной может получать несколько лекарственных препаратов. Также количество дней введения не равно длительности госпитализации.

В случаях применения схем лечения sh 903 и sh904 обязательно проведение экспертизы качества медицинской помощи.

КСГ ds19.028 «Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)» применяется в случае, когда установка, замена порт-системы являются основным поводом для госпитализации.

Отнесение случая к данной КСГ осуществляется по кодам МКБ - X (C00-C80, C97, D00-D09) и коду Номенклатуры A11.12.001.002 - Имплантация подкожной венозной порт системы. При этом по коду данной услуги также допустимо кодирование установки и замены периферического венозного катетера – ПИК-катетера (ввиду отсутствия соответствующей услуги в Номенклатуре).

#### **2.4.8. Оплата случаев лечения по КСГ ds19.029 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ»**

Отнесение случая осуществляется по коду МКБ-X (C00-C80, C97, D00-D09) в сочетании со следующими кодами Номенклатуры: A07.23.008.001 «Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией головного мозга с введением контрастного вещества»; A07.30.043 «Позитронная эмиссионная томография,

совмещенная с компьютерной томографией с опухолетропными РФП»; А07.30.043.001 «Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с опухолетропными РФП с контрастированием».

Оптимальная длительность госпитализации в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ составляет 1 пациенто/день.

#### **2.4.9. Оплата случаев лечения по КСГ ds36.006 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения»**

Отнесение случая к данной КСГ производится, если диагноз относится к классу С, при этом больному не оказывалось услуг, являющихся классификационным критерием (химиотерапия, лучевая терапия, хирургическая операция). Указанная КСГ может применяться в случае необходимости проведения поддерживающей терапии и симптоматического лечения.

При проведении экспертизы качества медицинской помощи целесообразно обращать внимание на обоснованность госпитализации.

#### **2.4.10. Оплата случаев лечения по профилю «Офтальмология»**

Выполнение косметических процедур за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется. В связи с этим оплата по КСГ ds21.002 услуги А16.26.046 «Кератэктомия» осуществляется только при лечении эрозии, язвы роговицы, кератита, помутнения роговицы или при коррекции астигматизма или иррегулярности роговицы, возникших вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности компенсации вызванной ими иррегулярности роговицы с помощью очковой или контактной коррекции.

Выявление данных случаев необходимо осуществлять при проведении медико-экономической экспертизы и, при необходимости – экспертизы качества медицинской помощи.

#### **2.4.11. Оплата случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология (использование вспомогательных репродуктивных технологий)»**

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

- Стимуляция суперовуляции;
- Получение яйцеклетки;
- Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;
- Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

Дополнительно в процессе проведения процедуры ЭКО возможно осуществление криоконсервации, полученных на III этапе эмбрионов.

Случаи оказания медицинской помощи в дневном стационаре с использованием вспомогательных репродуктивных технологий подлежат оплате независимо от фактов предшествующего или последующего перевода в круглосуточный стационар по стоимости КСГ, установленной Тарифным соглашением. Выбор подгруппы КСГ производится по результату медицинской услуги. Оплате подлежат подгруппы КСГ с обязательным условием выполнения основной медицинской услуги и указанием дополнительных услуг.

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет 1 пациенто/день.

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

#### **2.4.12. Оплата случаев лечения по КСГ ds36.004 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов»**

Отнесение случая лечения к данной КСГ производится по комбинации кода МКБ - X и кодов Номенклатуры, обозначающих услуги по назначению лекарственных препаратов, в ряде случаев лечения классификационным критерием также является возраст: до двух лет.

Название услуги включает наименование группы лекарственного препарата согласно анатомо-терапевтическо-химической (АХТ) классификации и диагноз. В медицинской организации при назначении конкретного лекарственного препарата определяется его принадлежность к АТХ-группе и выбирается соответствующая услуга для кодирования.

Количество случаев госпитализации одного пациента по КСГ ds36.004 определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по соответствующей нозологии.

### **2.5 Способы оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации**

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, работающими в системе ОМС Ярославской области в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется:

- на основе дифференцированного подушевого норматива финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи;
- за единицу объема медицинской помощи (вызов).

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, в том числе тех оплата медицинской помощи, в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации приведен в Приложении 24.

В рамках подушевого норматива финансирования, в пределах объемов, установленных решением Комиссии, производится оплата вызов скорой медицинской помощи (врачебной бригады, фельдшерской бригады, перевозки, безрезультативный выезд).

За единицу объёма медицинской помощи в пределах объемов, установленных решением Комиссии, по тарифам в соответствии с Приложением 25 подается к оплате оказанная скорая медицинская помощь вне медицинской организации:

- врачебные или фельдшерские вызова, выполненные с проведением тромболизиса;

- медицинская помощь, оказанная на территории Ярославской области лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации: вызов скорой медицинской помощи (врачебный, фельдшерский, с проведением тромболизиса, перевозка, безрезультативный выезд);

- вызов выездной дистанционной анестезиолого-реанимационной бригады, в том числе и при транспортировке.

## **2.6 Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи, с учётом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объёма медицинской помощи) с проведением и без проведения межучрежденческих расчётов**

Подушевой норматив финансирования включает расходы МО на часть объёма собственной деятельности, определяется на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара (за исключением скорой медицинской помощи), с учётом критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи.

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, оказываемой по всем видам и условиям медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи) в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

При этом размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу определяется по следующей формуле:

$$ОС_{ПН} = ДПн \times ЧЗ^{ПР} \times (1 - Дрд) + ОС_{РД}, \text{ где:}$$

ОС <sub>ПН</sub>	—	финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, рублей;
ДПн	—	дифференцированный подушевой норматив для медицинских организаций, рублей;
Дрд	—	Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности;
ЧЗ <sub>ПР</sub>	—	численность застрахованных лиц, прикрепленных к данной медицинской организации, человек;
ОС <sub>РД</sub>	—	размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей.

Оценка медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью осуществления выплат при достижении целевых значений показателей результативности осуществляется ежемесячно с нарастающим итогом.

$$U_p = B_{\text{факт}} / B_{\text{макс}}, \text{ где}$$

$U_p$  – уровень выполнения показателей результативности деятельности,

$B_{\text{факт}}$  – фактическое количество набранных баллов (если  $B_{\text{факт}} < 0$ , то при расчёте следует считать  $B_{\text{факт}} = 0$ ),

$B_{\text{макс}}$  – максимальное количество баллов.

На осуществление выплат за достигнутые показатели результативности медицинским организациям, имеющим прикреплённое население, устанавливается 8 % от месячной суммы подушевого финансирования.

Ежемесячно ТФ ОМС ЯО осуществляет по каждой медицинской организации оценку:

- уровня выполнения показателей результативности деятельности,
- определяет суммарное количество баллов
- сумму финансирования.

Выплаты за достигнутые показатели результативности корректируются следующим календарным месяцем (за декабрь подушевой норматив финансирования передаётся в полном объёме).

При выполнении показателей результативности в соответствии с установленными критериями проводится корректировка финансового плана учреждения.

Перечень медицинских организаций финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям медицинской организацией медицинской помощи, с учётом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объёма медицинской помощи не зависимо от проведения межучрежденческих расчётов, указан в Приложении 26.

Для оценки показателей результативности деятельности медицинских

организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям медицинской организацией медицинской помощи применяется «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки» (Приложение 27).

В рамках подушевого норматива финансирования, в пределах объемов, установленных решением Комиссии, оплачивается медицинская помощь, оказанная:

в амбулаторных условиях в плановой форме по обращению по заболеванию или посещению с профилактическими и иными целями:

- фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием - первичная доврачебная медико-санитарная помощь;

- врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами) - первичная врачебная медико-санитарная помощь, организованная, в том числе и по территориально-участковому принципу;

- врачами-специалистами - первичная специализированная медико-санитарная помощь;

в условиях круглосуточного стационара в экстренной и плановой форме врачами-специалистами – специализированная медицинская помощь;

в условиях дневного стационара в плановой форме:

- врачами-терапевтами, врачами-педиатрами и врачами общей практики (семейными врачами) - первичная врачебная медико-санитарная помощь;

- врачами-специалистами - первичная специализированная и специализированная медико-санитарная помощь.

Сверх подушевого норматива финансирования (за единицу объёма) в пределах объемов, установленных решением Комиссии, подаётся к оплате по тарифам в соответствии с Приложениями 3, 4, 5, 6 медицинская помощь оказанная:

– при проведении диспансеризации, профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, порядок проведения которых установлены нормативно-правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации в пределах плановых объемов, утвержденных департаментом;

– в Центрах здоровья (комплексный медицинский осмотр);

– медицинская помощь, оказываемая в неотложной форме, включая медицинскую помощь, оказанную в травмопунктах;

– медицинская помощь, оказанная в учреждениях образования;

– при обращении по заболеванию при лазерном лечении болезней глаз;

– при обращении по заболеванию при диагностике онкологической патологии;

– медицинская помощь по заместительной почечной терапии методом диализа оказанная в амбулаторных условиях.

Оплата медицинских услуг при проведении межучрежденческих расчётов за лабораторные исследования при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях и тарифы на оплату лабораторных исследований приведены в Приложениях 7, 8.

### **Раздел 3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи**

Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определены в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

Тарифы на медицинскую помощь определяют уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинских организаций по выполнению территориальной программы ОМС на заработную плату, начисления, на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС включают расходы медицинских организаций в соответствии с порядком применения бюджетной классификации Российской Федерации:

Код статьи	Код подстатьи	Наименование статьи (подстатьи)
210		Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда
	211	Заработная плата
	212	Прочие выплаты
	213	Начисления на выплаты по оплате труда
220		Оплата работ, услуг
	221	Услуги связи

	222	Транспортные услуги
	223	Коммунальные услуги
	224	Арендная плата за пользование имуществом
	225	Работы, услуги по содержанию имущества (кроме капитального ремонта)
	226	Прочие работы, услуги
260		Социальное обеспечение
	262	Пособия по социальной помощи населению
290		Прочие расходы
310		Увеличение стоимости основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь, стоимостью до ста тысяч рублей за единицу)
340		Увеличение стоимости материальных запасов

При определении направлений расходования средств МО следует руководствоваться:

– указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденными приказом Министерства финансов Российской Федерации от 01.07.2013 № 65н;

– градостроительным кодексом Российской Федерации (пункт 14.2 статьи 1) при определении понятия капитального ремонта объектов капитального строительства;

– классификацией основных средств, включаемых в амортизационные группы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 01.01.2002 № 1;

– общероссийским классификатором основных фондов ОК 013-94, утвержденным постановлением Госстандарта России от 26.12.94 № 359.

Расходы государственных медицинских организаций в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и не входят в средний подушевой норматив финансирования, установленный территориальной программой ОМС.

При формировании тарифов и дифференцированного подушевого норматива финансирования учтены ежемесячные выплаты стимулирующего характера следующим категориям работников:

– врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым и врачам общей практики (семейным врачам) и медицинским сестрам участковых врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей);



– медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушеркам, медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным);

– врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи;

– врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Указанные выплаты относятся к выплатам стимулирующего характера и осуществляются по результатам деятельности. Условия, порядок установления, критерии и размеры указанных выплат должны быть предусмотрены положением об оплате труда медицинской организации, коллективным договором (другими локальными нормативными актами).

Структура тарифов на оплату медицинской помощи в разрезе условий оказания медицинской помощи:

- в амбулаторных условиях:

п/п	Направление расходования средств
1.	Расходы на заработную плату, начисления на оплату труда и прочие выплаты всего,
1.1.	в т.ч. в части базовой программы ОМС
2.	Приобретение лекарственных средств и расходных материалов всего,
2.1.	в т.ч. в части базовой программы ОМС
3.	Приобретение продуктов питания
3.1.	в т.ч. в части базовой программы ОМС
4.	Прочие статьи расходования средств: затраты на приобретение мягкого инвентаря, медицинского инструментария, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу (далее – Прочие статьи расходования средств).
4.1.	в т.ч. в части базовой программы ОМС

- в стационарных условиях:

п/п	Направление расходования средств
1.	Расходы на заработную плату, начисления на оплату труда и прочие выплаты всего,
1.1.	в т.ч. в части базовой программы ОМС
2.	Приобретение лекарственных средств и расходных материалов всего,
2.1.	в т.ч. в части базовой программы ОМС
3.	Приобретение продуктов питания
3.1.	в т.ч. в части базовой программы ОМС

4.	Прочие статьи расходования средств: затраты на приобретение мягкого инвентаря, медицинского инструментария, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу (далее – Прочие статьи расходования средств).
4.1.	в т.ч. в части базовой программы ОМС

- в условиях дневных стационаров:

п/п	Направление расходования средств
1.	Расходы на заработную плату, начисления на оплату труда и прочие выплаты всего,
1.1.	в т.ч. в части базовой программы ОМС
2.	Приобретение лекарственных средств и расходных материалов всего,
2.1.	в т.ч. в части базовой программы ОМС
3.	Приобретение продуктов питания
3.1.	в т.ч. в части базовой программы ОМС
4.	Прочие статьи расходования средств: затраты на приобретение мягкого инвентаря, медицинского инструментария, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу (далее – Прочие статьи расходования средств).
4.1.	в т.ч. в части базовой программы ОМС

- при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

п/п	Направление расходования средств
1.	Расходы на заработную плату, начисления на оплату труда и прочие выплаты всего,
1.1.	в т.ч. в части базовой программы ОМС
2.	Приобретение лекарственных средств и расходных материалов всего,
2.1.	в т.ч. в части базовой программы ОМС
3.	Приобретение продуктов питания
3.1.	в т.ч. в части базовой программы ОМС
4.	Прочие статьи расходования средств: затраты на приобретение мягкого инвентаря, медицинского инструментария, прочих материальных запасов, расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу (далее – Прочие статьи расходования средств).
4.1.	в т.ч. в части базовой программы ОМС

В расчет тарифов включаются затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи.

К затратам, необходимым для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемым непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), относятся затраты, которые невозможно отнести напрямую к затратам, непосредственно связанным с оказанием медицинской помощи.

Медицинские организации частной формы собственности участвующие в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Ярославской области осуществляют расходы за счёт средств обязательного медицинского страхования в соответствии со структурой тарифа, определённой частью 7 статьи 35 Федерального закона от 18.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Порядок отнесения затрат на содержание МО устанавливается локальным нормативным актом (учетной политикой) МО. Решение о распределении (перераспределении) конкретного объема финансовых затрат между предметными статьями (подстатьями) принимается руководителем медицинской организации при соблюдении требований, установленных «дорожной картой» Ярославской области в пределах фактического дохода МО.

К эффективному использованию средств ОМС в части приобретения медикаментов, расходных материалов и изделий медицинского назначения относится закупка этих средств по ценам, не превышающим среднерыночные по Ярославской области, а также их использование в течение срока годности и хранение в объёмах, соответствующих действующим нормативным документам.

При оплате медицинской помощи учитываются уровни предоставления медицинской помощи в соответствии с порядками ее оказания. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи устанавливается тарифным соглашением в разрезе трех уровней оказания медицинской помощи дифференцированно для медицинских организаций в соответствии с действующим законодательством.

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.

С учетом объективных критериев (разница в используемых энергоносителях, плотность населения обслуживаемой территории, монопрофильная медицинская

организация и т.д.), основанных на экономическом обосновании и расчетах, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н в составе Правил обязательного медицинского страхования, по каждому уровню могут выделяться подуровни оказания медицинской помощи с установлением коэффициентов по каждому подуровню.

**1-й уровень** – медицинские организации оказывающие населению первичную медико-санитарную помощь, и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) по 4 профилям, включая терапевтический, хирургический и педиатрический профиль, и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь в пределах муниципального образования (внутригородского округа);

**2-й уровень** - медицинские организации имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие в том числе специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям медицинской помощи и (или) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, больницы скорой медицинской помощи, центры, диспансеры.

**3-й уровень** – медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь в пределах Ярославской области, а также в пределах нескольких субъектов Российской Федерации – включает подуровни: 3.1, 3.2, 3.3 (в условиях круглосуточного стационара), 3.1,3.2 (в условиях дневного стационара).

Распределение коэффициентов уровня оказания медицинской помощи по уровням (подуровням) медицинских организаций:

Стационарная помощь

Уровень	1	2	3		
Подуровень			3.1	3.2	3.3
Коэффициент уровня/подуровня	0,95	1,1	1,1	1,12	1,4

Дневной стационар

Уровень	1	2	3	
Подуровень			3.1	3.2
Коэффициент уровня/подуровня	0,95	1,1	1,1	1,11

### **3.1 Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях**

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС Ярославской области, составляет 3 995,37 руб.

Тарифы на оплату единиц объёма медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, установлены по профилям медицинской помощи, видам приемов, категориям обслуживаемого населения, уровням оказания медицинской помощи (Приложение 5).

#### **Порядок расчета объема финансирования медицинских организаций по дифференцированным подушевым нормативам**

Общий объем подушевого финансирования на месяц конкретной медицинской организации осуществляется на основе среднемесячного базового подушевого норматива финансирования ( $Пн_{БАЗ} = 215,00$  руб.) медицинской помощи по перечню специалистов и медицинских услуг, включенных в подушевой норматив, численности и половозрастной структуры прикрепившихся к медицинской организации застрахованных лиц, количества отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов и т.д.), расходов на содержание имущества медицинских организаций (Приложение 28):

$$ДПн^i = Пн_{БАЗ} \times СКД_{ИНТ}^i, \text{ где:}$$

$ДПн^i$  — дифференцированный подушевой норматив для i-той группы медицинских организаций, рублей;

$СКД_{ИНТ}^i$  — средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i-той группы медицинских организаций

Объединение медицинских организаций в однородные группы осуществляется исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива. Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива определяется по каждой медицинской организации по следующей формуле:

$$КД_{ИНТ} = КД_{ПВ} \times КД_{СП} \times КД_{СИ}, \text{ где:}$$

$КД_{ИНТ}$  — интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации;

$КД_{ПВ}$  — половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный

для соответствующей медицинской организации;

КДСП

— коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов и т.п.);

КДСИ

— коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций;

Коэффициент половозрастных затрат для конкретной медицинской организации рассчитывается с использованием относительных коэффициентов половозрастных затрат для каждой половозрастной группы прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц и их численности в этой группе. Относительные коэффициенты половозрастных затрат учитывают различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры населения. Величина относительных коэффициентов рассчитывается территориальным фондом на основании фактических данных об объемах и стоимости амбулаторно-поликлинической помощи для каждой половозрастной группы за год, но не менее 6 месяцев предшествующие утверждению Тарифного соглашения.

Размеры относительных коэффициентов половозрастных затрат по группам:

Возрастная группа	М 0 – 1 год	Ж 0 – 1 год	М 1 – 4 года	Ж 1 - 4 года	М 5 – 17 лет	Ж 5 – 17 лет	М 18 – 59 лет	Ж 18 – 54 года	М 60 и старше	Ж 55 и старше
Размер коэффициента	3,1199	3,3538	2,2999	2,2625	1,2478	1,3000	0,4608	0,8744	0,9725	1,3157

При определении ежемесячного объема подушевого финансирования медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, страховым медицинским организациям необходимо учитывать численность прикрепившихся застрахованных лиц и тарифы, установленные на основе дифференцированного подушевого норматива финансирования.

Размеры дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторно-поликлинической помощи и численность прикрепленного населения в разрезе медицинских организаций установлены Приложением 28.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы на финансовое обеспечение:

– при проведении диспансеризации, профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, порядки, проведения которых установлены нормативно-правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации в пределах плановых объемов, утвержденных департаментом;

- в Центрах здоровья (комплексный медицинский осмотр);
- медицинская помощь, оказываемая в неотложной форме, включая медицинскую помощь, оказанную в травмопунктах;
- медицинская помощь, оказанная в учреждениях образования;
- при обращении по заболеванию при лазерном лечении болезней глаз;
- при обращении по заболеванию при диагностике онкологической патологии;
- медицинская помощь, при проведении диализа оказанная в амбулаторных условиях.

### **3.2 Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях**

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ярославской области, в расчете на одно застрахованное лицо на стационарную помощь составляет 5 164,38 руб.

**Стоимость законченного случая лечения (СС<sub>КСГ</sub>)** по клинико-статистическим группам рассчитывается по формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ПК \times КД, \text{ где}$$

**БС** – базовая ставка (размер средней стоимости законченного случая лечения), рублей;

**КЗ<sub>КСГ</sub>** – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

**ПК** – поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая;

**КД** – коэффициент дифференциации (=1).

$$ПК = КУ_{КСГ} \times КУ_{СМО} \times КСЛП, \text{ где}$$

**КУ<sub>КСГ</sub>** – управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (**КУ<sub>КСГ</sub>** устанавливается для конкретной КСГ независимо от уровня оказания медицинской помощи),

**КУ<sub>СМО</sub>** – коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент,

**КСЛП** – коэффициент сложности лечения пациента (Приложение 29).

**Базовая ставка** финансирования стационарной медицинской помощи рассчитана в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» и составляет **20 854 рублей** с учетом коэффициента дифференциации, рассчитанного согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов

обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

Коэффициент дифференциации равен 1 и является единым для всей территории Ярославской области.

Перечень клинико–статистических групп с коэффициентами относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен конкретный случай госпитализации и управленческим коэффициентом, приведены в Приложении 30.

Коэффициенты относительной затратоемкости по КСГ соответствуют методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и ФОМС (совместное письмо от 21.11.2018 № 11-7/10/2-7543 и 14525/26-1/и) разд. «Способы оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико–профильных групп (КПП)» и взяты за основу при расчете стоимости одного случая госпитализации в стационарных условиях.

Управленческий коэффициент равен 1 и является единым для всей территории Ярославской области.

Коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи выполнены в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Минздравсоцразвития от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (Приложение 9).

Расчеты суммарного значения КСЛП (КСЛП<sub>сумм</sub>) при наличии нескольких критериев выполняются по формуле:

$$\text{КСЛП}_{\text{сумм}} = \text{КСЛП}_1 + (\text{КСЛП}_2 - 1) + (\text{КСЛП}_n - 1)$$

При отсутствии в формуле первого КСЛП применяется КСЛП, следующий за ним по порядку.

КСЛП<sub>2</sub>, КСЛП<sub>3</sub>,... КСЛП<sub>n</sub> – коэффициенты сложности лечения пациента в условиях круглосуточного стационара, применяемые в следующих случаях:

– сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет) (в том числе, включая консультацию врача-гериатра)<sup>3</sup>, возраст определяется на дату поступления в стационар — **КСЛП<sub>3</sub>=1,05**;

<sup>3</sup> Кроме случаев госпитализации на геронтологические профильные койки



– наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента **КСЛП<sub>4</sub>**. Перечень указанных заболеваний и состояний, значения коэффициента представлены в Приложении 31;

– проведение сочетанных хирургических вмешательств (перечень сочетанных операций, при которых применяется коэффициент, приведен в Приложении 32) – **КСЛП<sub>5</sub>=1,3**;

– проведение однотипных операций на парных органах (перечень указанных операций представлен в Приложении 33) – **КСЛП<sub>6</sub>=1,3**;

При формировании персонального счета, за оперативное пособие обязательно указание даты и времени начала и окончания операции. Если в ходе проведения операции в организм человека были имплантированы различные медицинские изделия, предназначенные для восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма, заполнение в разделе «Расходные материалы» полей: «Код имплантированного медицинского изделия» и «Количество» являются обязательными.

– необходимость предоставления спального места и питания законному представителю ребенка после достижения им возраста 4 лет при наличии медицинских показаний *при обязательном указании в элементе «manipulation» комплексной услуги А13.30.006.001 «Уход за больным ребенком». День поступления и день выписки из отделения родителя (законного представителя) считается одним днем* — **КСЛП<sub>7</sub>=1,1**;

– проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ:

1) сочетание любой схемы лекарственной терапии с любым кодом лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией;

2) сочетание любой схемы лекарственной терапии с любым кодом хирургического лечения при злокачественном новообразовании;

3) сочетание любого кода лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, с любым кодом хирургического лечения при злокачественном новообразовании

4) сочетание любой схемы лекарственной терапии с любым кодом лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, и с любым кодом хирургического лечения;

5) выполнение в рамках одной госпитализации двух и более схем лекарственной терапии.

В указанных случаях применяется **КСЛП<sub>8</sub>=1,3**.

– сверхдлительные (свыше 30 дней, за исключением КСГ, для которых установлен срок 45 дней) сроки госпитализации, обусловленных медицинскими показаниями применяется **КСЛП<sub>9</sub>**, рассчитанный по формуле:

$$\text{КСЛП}_9 = 1 + \frac{\text{ФКД} - \text{НКД}}{\text{НКД}} \times \text{К}_{\text{дл}},$$

где: **КСЛП** – коэффициент сложности лечения пациента;

**ФКД** – фактическое количество койко-дней;

**НКД** – нормативное количество койко-дней (30 дней, за исключением КСГ, для которых установлен срок 45 дней);

**К<sub>дл</sub>** – коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов (значение – 0,25 для обычных отделений, 0,4 – для реанимационных отделений).

Перечень КСГ, для которых сверхдлительной считается госпитализация сроком свыше 45 дней, приведен в Приложении 34.

Правила отнесения случаев к сверхдлительным не распространяются на КСГ, объединяющие случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (st19.039-st19.055), т.е. указанные случаи не могут считаться сверхдлительными и оплачиваться с применением **КСЛП<sub>9</sub>**.

– сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей до 1 года)<sup>4</sup> – **КСЛП<sub>10</sub>=1,1**;

– сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей от 1 года до 4 лет) – **КСЛП<sub>11</sub>=1,1**;

– необходимость предоставления спального места и питания законному представителю ребенка до 4 лет *при обязательном указании в элементе «manipulation» комплексной услуги А13.30.006.001 «Уход за больным ребенком». День поступления и день выписки из отделения родителя (законного представителя) считается одним днем* — **КСЛП<sub>12</sub>=1,1**;

– сложность лечения пациента при наличии у него старческой астении – **КСЛП<sub>13</sub>=1,1**<sup>5</sup>. Для применения данного КСЛП необходимо выполнение следующих условий:

- Основной диагноз пациента – не старческая астения (R54);
- Сопутствующий диагноз пациента – старческая астения (R54);
- Лечение осуществляется на геронтологической профильной койке.

<sup>4</sup> Кроме КСГ, относящихся к профилю «Неонатология»

<sup>5</sup> Применяется в случае госпитализации на геронтологические профильные койки пациента с основным диагнозом, относящимся к другому профилю.

В случае применения для расчета стоимости законченного случая лечения коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП<sub>3</sub>, КСЛП<sub>4</sub>, ..., КСЛП<sub>13</sub>) в персональном счете обязательно заполняется атрибут «coeff» элемента «KSLP» соответствующим(и) значением(ями): 3 – лечение лиц старше 75 лет, 4 – наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента, 5 – проведение сочетанных хирургических вмешательств, 6 – проведение однотипных операций на парных органах, 7 – уход за ребенком после достижения им 4–х лет, при наличии медицинских показаний, 8 – проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к различным КСГ, 9 – сверхдлительные сроки госпитализации, 10 - уход за ребенком до 1года, 11 - уход за ребенком от 1 года до 4–х лет, 12 - уход за ребенком до достижения им 4–х лет, 13 – лечение лиц, при наличии у них старческой астении, с основным диагнозом относящимся к другому профилю.

При заполнении атрибута «coeff» значениями 7 и/или 8 и/или 9 обязательно заполняется атрибут «act\_coeff» элемента «coeff» с указанием: для КСЛП<sub>7</sub> – медицинские показания для ухода за ребенком старше 4–х лет, для КСЛП<sub>8</sub> – по каким двум КСГ в рамках одной госпитализации было проведено лечение в полном объеме, для КСЛП<sub>9</sub> – причины сверхдлительного пребывания пациента в стационаре.

Применение КСЛП со значением (ями), равными 4,5,6,8,9, 13 является поводом для проведения медико-экономической экспертизы и, при необходимости – экспертизы качества медицинской помощи.

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8 за исключением случаев сверхдлительной госпитализации. При превышении значения 1,8 один из коэффициентов исключается. В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное суммарное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется по аналогичной формуле без ограничения итогового значения. Значение КСЛП записывается до двух знаков после запятой без округления.

При расчете стоимости законченного случая лечения производится корректировка числа до 2–го знака после запятой без округления перед каждым арифметическим действием.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденные постановлением Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов», приведены в Приложении 15.

### 3.3 Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров всех типов

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ярославской области, в расчете на одно застрахованное лицо в дневных стационарах всех типов составляет 1 154,74 руб.

**Базовая ставка** финансирования медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров всех типов, составляет **11 560** рублей.

Перечень клинико–статистических групп с коэффициентами относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен конкретный случай госпитализации и управленческий коэффициент приведены в Приложении 35.

Стоимость законченного случая лечения ( $СДС_{КСГ}$ ) в условиях дневного стационара по клинико-статистическим группам рассчитывается по формуле:

$$СДС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ПК \times КД, \text{ где:}$$

**БС** – базовая ставка (размер средней стоимости законченного случая лечения);

**КЗ<sub>КСГ</sub>** – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

**ПК** – поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая;

**КД** – коэффициент дифференциации (=1).

$$ПК = КУ_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КСЛП, \text{ где:}$$

**КУ<sub>КСГ</sub>** – управленческий коэффициент равен 1 и является единым для всей территории Ярославской области.

**КУС<sub>МО</sub>** – коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

**КСЛП** – коэффициент сложности лечения пациента (Приложение 36).

Расчеты суммарного значения КСЛП дневного стационара ( $КСЛП_{сумм}$ ) при наличии нескольких критериев выполняются по формуле:

$$КСЛП_{сумм} = КСЛП_5 + (КСЛП_6 - 1)$$

При отсутствии в формуле первого КСЛП применяется КСЛП, следующий за ним по порядку.

**КСЛП<sub>5</sub>, КСЛП<sub>6</sub>** – коэффициенты сложности лечения пациента в условиях дневного стационара всех типов, применяемые в следующих случаях:

– проведении сочетанных хирургических вмешательств (перечень сочетанных операций, при которых применяется коэффициент, приведен в Приложении 32) – **КСЛП<sub>5</sub>=1,3**;

– проведение однотипных операций на парных органах (перечень указанных операций представлен в Приложении 33) – **КСЛП<sub>6</sub>=1,3**.

При формировании персонального счета, за оперативное пособие обязательно указание даты и времени начала и окончания операции. Если в ходе проведения операции в организм человека были имплантированы различные медицинские изделия, предназначенные для восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма, заполнение в разделе «Расходные материалы» полей: «Код имплантированного медицинского изделия» и «Количество» являются обязательными.

В случае применения для расчета стоимости законченного случая лечения коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП<sub>5</sub>, КСЛП<sub>6</sub>) в персональном счете обязательно заполняется атрибут «coeff» элемента «KSLP» соответствующим(и) значением(ями): 5 – проведение сочетанных хирургических вмешательств, 6 – проведение однотипных операций на парных органах.

Применение КСЛП со значением (ями), равными 5,6 является поводом для проведения медико-экономической экспертизы и, при необходимости - экспертизы качества медицинской помощи.

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8 за исключением случаев сверхдлительной госпитализации. При превышении значения 1,8 один из коэффициентов исключается. Значение КСЛП записывается до двух знаков после запятой без округления.

При расчете стоимости законченного случая лечения после каждого арифметического действия необходимо полученный результат откорректировать путем отсечения части числа до 2-го знака после запятой без округления и после этого проводить следующее арифметическое действие.

### **3.4 Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации**

В части оплаты скорой медицинской помощи, устанавливается средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ярославской области, в расчете на одно застрахованное лицо за вызов бригады скорой медицинской помощи составляет 674,49 руб.

Подушевой норматив финансирования учитывает объем оказываемой медицинской помощи застрахованному населению на территории Ярославской области, в том числе не относящемуся к обслуживаемой территории. Объем подушевого финансирования не учитывает объем оказываемой помощи лицам, застрахованным за пределами субъекта.

Годовой объем подушевого финансирования скорой медицинской помощи рассчитывается в соответствии со следующей методикой:

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

$$FO_{\text{СМП}} = ДПн \times ЧЗ^{\text{ПР}} + ОС_{\text{В}}, \text{ где:}$$

$FO_{\text{СМП}}$	—	размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей;
$ДПн$	—	дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинской организации, рублей;
$ЧЗ^{\text{ПР}}$	—	численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек;
$ОС_{\text{В}}$	—	размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в субъекте лицам за вызов, рублей.

Общий объем подушевого финансирования на год осуществляется на основе среднедушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи ( $Пн_{\text{БАЗ}} = 684 \text{ руб.}$ ), численности и половозрастной структуры обслуживаемого контингента застрахованных граждан на территории Ярославской области:

$$ДПн^i = Пн_{\text{БАЗ}} \times СКД_{\text{ИНТ}}^i, \text{ где:}$$

$ДПн^i$	—	дифференцированный подушевой норматив для i-той группы медицинских организаций, рублей;
$СКД_{\text{ИНТ}}^i$	—	средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i-той группы медицинских организаций.

Объединение медицинских организаций в однородные группы осуществляется исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива. Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива определяется по каждой медицинской организации по следующей формуле:

$$КД_{\text{ИНТ}} = КД_{\text{ПВС}} \times КД_{\text{СР}} \times КД_{\text{СИ}}, \text{ где:}$$

$КД_{\text{ПВС}}$	—	половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;
$КД_{\text{СР}}$	—	коэффициент дифференциации, учитывающий средний радиус территории обслуживания;
$КД_{\text{СИ}}$	—	коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинской организации.

Коэффициент половозрастных затрат для конкретной медицинской организации рассчитывается с использованием относительных коэффициентов половозрастных затрат для каждой половозрастной группы прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц и их численности в этой группе. Относительные коэффициенты

половозрастных затрат учитывают различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры населения. Величина относительных коэффициентов рассчитывается территориальным фондом на основании фактических данных об объемах и стоимости амбулаторно-поликлинической помощи для каждой половозрастной группы за определенный период, предшествующий расчетному.

Средний размер подушевого норматива финансирования на одного застрахованного в месяц составляет 57 руб.

Размеры относительных коэффициентов половозрастных затрат скорой медицинской помощи

Возрастная группа	М 0 – 1год	Ж 0 – 1год	М 1 – 4 года	Ж 1 - 4 года	М 5 – 17 лет	Ж 5 – 17 лет	М 18 – 59 лет	Ж 18 – 54 года	М 60 и старше	Ж 55 и старше
Размер коэффициента	2,282	1,884	1,633	1,426	0,527	0,520	0,624	0,625	1,655	1,845

Размеры дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи и численность прикрепленного населения в разрезе медицинских организаций установлены Приложением 37.

Медицинские организации ежемесячно представляют персонифицированный реестр счетов за оказанную медицинскую помощь, финансируемую по подушевому нормативу, в страховые медицинские организации в соответствии с форматом электронного обмена.

Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации в рамках базовой программы ОМС, приведены в Приложении 25.

**3.5 Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой по подушевому финансированию на прикрепившихся к медицинской организации лиц включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи, с учётом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объёма медицинской помощи)**

Средний размер финансового обеспечения для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по всем видам и условиям (за исключением скорой медицинской помощи) 7 544,32 руб. в год на одно прикрепленное застрахованное лицо, включая выплаты за достижение целевых значений показателей результативности их деятельности.

## Порядок расчета объема финансирования медицинских организаций по дифференцированным подушевым нормативам

Общий объем подушевого финансирования на месяц конкретной медицинской организации осуществляется на основе среднемесячного базового подушевого норматива финансирования ( $П_{НБАЗ} = 628,95$  руб.) медицинской помощи по перечню специалистов и медицинских услуг, включенных в подушевой норматив, численности и половозрастной структуры прикрепившихся к медицинской организации застрахованных лиц, количества отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов и т.д.), расходов на содержание имущества медицинских организации:

$$ДПН^i = П_{НБАЗ} \times СКД_{ИНТ}^i, \text{ где:}$$

$ДПН^i$  — дифференцированный подушевой норматив для  $i$ -той группы медицинских организаций, рублей;

$СКД_{ИНТ}^i$  — средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для  $i$ -той группы медицинских организаций

Объединение медицинских организаций в однородные группы осуществляется исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива. Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива определяется по каждой медицинской организации по следующей формуле:

$$КД_{ИНТ} = КД_{ПВ} \times КД_{СП} \times КД_{СИ}, \text{ где:}$$

$КД_{ИНТ}$  — интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации;

$КД_{ПВ}$  — половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

$КД_{СП}$  — коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов и т.п.);

$КД_{СИ}$  — коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций;

Коэффициент половозрастных затрат для конкретной медицинской организации рассчитывается с использованием относительных коэффициентов половозрастных затрат для каждой половозрастной группы прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц и их численности в этой группе. Относительные коэффициенты половозрастных затрат учитывают различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры населения. Величина относительных коэффициентов рассчитывается территориальным фондом на основании фактических данных об объемах и стоимости медицинской помощи по всем видам и условиям для



каждой половозрастной группы оказанной за год, но не менее 6 месяцев, предшествующие утверждению Тарифного соглашения.

Размеры относительных коэффициентов половозрастных затрат по группам (в условиях круглосуточного стационара):

Возрастная группа	М 0 – 1 год	Ж 0 – 1 год	М 1 – 4 года	Ж 1 - 4 года	М 5 – 17 лет	Ж 5 – 17 лет	М 18 – 59 лет	Ж 18 – 54 года	М 60 и старше	Ж 55 и старше
Размер коэффициента	2,5575	2,1423	1,5087	1,3459	0,5469	0,6512	0,5959	0,6686	1,8757	1,5801

Размеры относительных коэффициентов половозрастных затрат по группам (в условиях дневного стационара):

Возрастная группа	М 0 – 1 год	Ж 0 – 1 год	М 1 – 4 года	Ж 1 - 4 года	М 5 – 17 лет	Ж 5 – 17 лет	М 18 – 59 лет	Ж 18 – 54 года	М 60 и старше	Ж 55 и старше
Размер коэффициента	0,2673	0,2366	0,2270	0,1519	0,0599	0,0570	0,5921	1,0934	1,2981	2,0036

Размеры относительных коэффициентов половозрастных затрат по группам (в амбулаторно-поликлинических условиях):

Возрастная группа	М 0 – 1 год	Ж 0 – 1 год	М 1 – 4 года	Ж 1 - 4 года	М 5 – 17 лет	Ж 5 – 17 лет	М 18 – 59 лет	Ж 18 – 54 года	М 60 и старше	Ж 55 и старше
Размер коэффициента	3,1746	2,9645	2,6771	2,6705	1,3752	1,4180	0,5067	0,9514	0,8659	1,1655

При определении ежемесячного объема подушевого финансирования медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по всем видам и условиям медицинской помощи, страховым медицинским организациям необходимо учитывать численность прикрепившихся застрахованных лиц и тарифы, установленные на основе дифференцированного подушевого норматива финансирования.

Размеры дифференцированных подушевых нормативов финансирования по всем видам и условиям медицинской помощи, входящим в подушевой норматив, и численность прикрепленного населения в разрезе медицинских организаций установлены Приложением 38.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы на финансовое обеспечение:

– при проведении диспансеризации, профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, порядки, проведения которых установлены нормативно-

правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации в пределах плановых объемов, утвержденных департаментом;

- в Центрах здоровья (комплексный медицинский осмотр);
- медицинская помощь, оказываемая в неотложной форме, включая медицинскую помощь, оказанную в травмопунктах;
- медицинская помощь, оказанная в учреждениях образования;
- при обращении по заболеванию при лазерном лечении болезней глаз;
- при обращении по заболеванию при диагностике онкологической патологии;
- медицинская помощь, при проведении диализа оказанная в амбулаторных условиях.

#### **Раздел 4. Неоплата или неполная оплата затрат на оказание медицинской помощи, а также уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**

Перечень обязательств медицинской организации и последствия их неисполнения, влекущие возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества приведены в Приложении 39.

Финансовые санкции необходимо применять в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи или уменьшения оплаты медицинской помощи и санкций за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества согласно Приложению к договору между медицинской организацией и страховой медицинской организацией (далее – СМО) или Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Ярославской области (далее – ТФОМС ЯО).

СМО осуществляет оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам Ярославской области, по счетам принятым к оплате по результатам медико-экономического контроля.

При выявлении нарушений договорных обязательств в отношении объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, СМО применяет к медицинским организациям меры, предусмотренные статьей 41 Закона №326-ФЗ, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшение оплаты медицинской помощи) в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230 (зарегистрирован в Минюсте РФ 28.01.2011 № 19614).

## **Заключительные положения**

Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2019 года и действует до принятия нового. Все приложения к настоящему Соглашению являются его неотъемлемой частью.

Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению всех Сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме.

С целью поддержания системы ОМС в состоянии финансового равновесия финансовый план МО корректируется в следующих случаях:

- при изменении доходной части бюджета Фонда, направляемой на финансирование территориальной программы ОМС;
- при внесении изменений в утвержденные объемы медицинской помощи;
- при изменении тарифов.

### **Иные аспекты оплаты медицинской помощи**

1. Восстановление средств, направленных медицинскими организациями не по целевому назначению, осуществляется за счёт средств полученных медицинскими организациями от предпринимательской деятельности, либо за счёт средств источника, за счёт которого должны быть осуществлены данные расходы.

2. Страховая медицинская организация возмещает затраты медицинских организаций за предоставленную медицинскую помощь гражданам, застрахованным на территории Ярославской области, на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с условиями медицинской помощи, утвержденными в территориальной программе ОМС Ярославской области, по установленным тарифам на оплату медицинской помощи в пределах плановых объемов медицинской помощи на год с поквартальной разбивкой.

Территориальный фонд ОМС Ярославской области возмещает затраты медицинским организациям за предоставленную медицинскую помощь при заболеваниях, входящих в базовую программу ОМС, гражданам РФ, застрахованным вне территории Ярославской области, на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС.

Возмещение затрат медицинским организациям по оказанию медицинским организациям по оказанию помощи гражданам, застрахованным на других территориях Российской Федерации, производится в соответствии с Законом № 326-ФЗ, приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» и иными, принятыми в соответствии с ними, нормативными актами.