

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
на оплату медицинской помощи, оказываемой
по Территориальной программе обязательного медицинского страхования
на территории Ярославской области, на 2025 год

г. Ярославль

27.12.2024

Раздел 1. Общие положения

1.1 Представители Сторон

Министерство здравоохранения Ярославской области (далее – МЗ ЯО) в лице министра Луганского С.В., заместителя министра Сорочиной И.В.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ярославской области в лице директора Смысловой Д.В., начальника управления по реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Хан Т.Х.,

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

Ярославская региональная общественная организация «Ассоциация медицинских работников» в лице председателя ассоциации Комаровой И.И., члена ассоциации Белокурова С.Ю.,

Ярославская областная организация профессионального союза работников здравоохранения РФ в лице председателя Трановой Л.В., председателя первичной профсоюзной организации ГАУЗ ЯО «Клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.В. Соловьева» Романова О.В.,

именуемые в дальнейшем Стороны.

1.2 Основания для заключения Тарифного соглашения

в соответствии с:

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

- Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ),

- постановлением Правительства РФ «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» (далее – Программа),

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»,

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 №44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»,

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231 «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию зарегистрированным лицам, а также ее финансового обеспечения»,

- письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»

- постановлением Правительства Ярославской области «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Ярославской области медицинской помощи» (далее – Территориальная программа),

- совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (далее – Методические рекомендации),

Стороны 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 2025 год (далее – Тарифное соглашение).

1.3 Предмет Тарифного соглашения

Предметом настоящего Тарифного соглашения является согласование Сторонами:

Способов оплаты медицинской помощи на территории Ярославской области по Территориальной программе обязательного медицинского страхования и порядка их применения.

Тарифов на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС):

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

Дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций.

Санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

1.4 Основные термины и определения

В рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе III Программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения оказываются:

- первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь (профилактические медицинские осмотры, диспансеризация, углубленная диспансеризация, диспансеризация граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья), а также консультирование медицинским психологом по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу ОМС: пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовый период; диспансерное наблюдение; проведение аудиологического скрининга;

- скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации);

- специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств ОМС, в стационарных условиях и условиях дневного стационара, в том числе больным с онкологическими заболеваниями, больным с гепатитом С в соответствии с клиническими рекомендациями, включая предоставление лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- применение вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая предоставление лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

- мероприятия по медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях амбулаторно, стационарно и условиях дневного стационара.

Медицинская организация в сфере ОМС – медицинская организация, имеющая право на осуществление медицинской деятельности и включенная в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ в единый реестр медицинских организаций,

осуществляющих деятельность в сфере ОМС, включающий в себя сведения о медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, оказывающих медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона № 326-ФЗ, и реестры медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС по территориальным программам ОМС.

Уровень медицинской организации – уровень, к которому согласно трехуровневой системе организации медицинской помощи отнесена медицинская организация в зависимости от административно-территориальной принадлежности и видов оказываемой в ней медицинской помощи.

Способ оплаты медицинской помощи – установленный Программой в рамках базовой программы ОМС и Территориальной программой в рамках базовой программы ОМС 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).

Установленный объем медицинской помощи – годовой объем медицинской помощи по условиям ее оказания, выраженный в единицах объема (вызов, посещение, обращение по заболеванию, медицинская услуга, случай госпитализации в условиях круглосуточного или дневного стационаров), установленный для медицинской организации решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Вызов скорой помощи – случай обращения в медицинскую организацию скорой медицинской помощи по поводу заболевания, несчастного случая, травмы, отравления или другого состояния, представляющего угрозу жизни пациента, требующего срочного медицинского вмешательства вне медицинской организации скорой медицинской помощи, в результате которого пациенту была оказана скорая медицинская помощь выездной бригадой с оформлением карты вызова скорой медицинской помощи.

Посещение с профилактической и иными целями – контакт пациента с врачом (средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием) с целью получения превентивных или иных профилактических мероприятий, в том числе: диспансеризация определенных групп населения, посещения Центров здоровья, профилактические медицинские осмотры в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, разовые посещения в связи с заболеванием, патронаж, диспансерное наблюдение граждан, страдающих отдельными видами

хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а так же граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений), с другими обстоятельствами (получение справок и иных медицинских документов), медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием.

Посещение в неотложной форме – контакт пациента с врачом (средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием) при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента.

Обращение по поводу заболевания – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичного и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. 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 2,9 посещения.

Случай госпитализации в круглосуточный стационар (случай лечения в дневном стационаре) – случай диагностики и лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию.

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

Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных

условиях» утвержденной приказом ДзиФ от 25.12.2013 № 3216 «Об утверждении учетной статистической формы № 025-1/у «Талон амбулаторного пациента».

Прикрепленное население – лица, застрахованные по ОМС и включенные в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц Ярославской области, прикрепленные в установленном порядке к медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи на основании факта места жительства на территории обслуживания медицинской организации или заявления о выборе медицинской организации.

Подушевое финансирование – способ оплаты медицинской помощи, при котором объем финансирования медицинских организаций зависит от численности прикрепленных (обслуживаемых) к медицинской организации застрахованных на территории субъекта и размера дифференцированного подушевого норматива финансирования по ОМС.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования – ежемесячный объем финансирования медицинской организации в расчете на одно прикрепленное (обслуживаемое) лицо.

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

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

- **базовая ставка** – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных с учетом коэффициента приведения;

- **коэффициент относительной затратноемкости** – устанавливаемый методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

- **поправочные коэффициенты:**

коэффициент специфики – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой

госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ;

коэффициент уровня медицинской организации – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

коэффициент подуровня медицинской организации – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций одного уровня, обусловленных объективными причинами;

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

Медицинская 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, угрозу его жизни и здоровью.

Специализированная медицинская помощь в круглосуточном и дневном стационарах в плановой форме оказывается застрахованному лицу **по направлению установленного образца, выданному лечащим врачом медицинской организации, к которой гражданин прикреплен для получения первичной медико-санитарной помощи (или по направлению лечащего врача медицинской организации, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь), в медицинскую организацию, выбранную гражданином из числа медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы и в которых возможно оказание медицинской помощи с учетом сроков ожидания медицинской помощи, установленных**

Территориальной программой, и в соответствии с маршрутизацией пациентов, утвержденной приказом МЗ ЯО.

1.5. Требования и правила информационного взаимодействия, иные аспекты оплаты медицинской помощи

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.

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

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 1/12 годового плана по всем видам и условиям.

Оплата медицинской помощи гражданам, застрахованным вне территории Ярославской области, производится сверх установленных объемов помощи и финансовых планов по территориальной программе в части базовой программы ОМС, по видам, условиям и формам, включенным в базовую программу ОМС, по способам, тарифам, действующим на территории Ярославской области.

Оплата счетов медицинских организаций за услуги, оказанные гражданам, подлежащим ОМС, но не имеющих на дату начала лечения документа, удостоверяющего факт страхования по ОМС или при смене страховой медицинской организации во время лечения, осуществляется той страховой медицинской организацией, в которой гражданин застрахован на момент окончания лечения.

Оплата счетов медицинских организаций за детей со дня рождения и до истечения

тридцати дней со дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители.

По истечении тридцати дней со дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме ОМС осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.

Возраст пациента определяется на дату оказания услуги при оказании амбулаторной помощи, на дату начала лечения при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, дневного стационара всех типов, в амбулаторных условиях.

При изменении тарифа на медицинскую помощь в период лечения застрахованного лица оплата производится по тарифу, действующему на дату окончания лечения по законченному случаю или на дату оказания медицинской услуги.

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

Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы ОМС, производится в соответствии со способами оплаты, установленными постановлением Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии / позитронной томографии, совмещенной с компьютерной томографии, и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии / однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее – ПЭТ/КТ и ОФЭКТ / ОФЭКТ-КТ), на ведение школ для больных сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и

диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

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

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

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

отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечнососудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ, и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;

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

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

медицинской помощи при ее оказании пациентам с сахарным диабетом в части ведения школ сахарного диабета;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (далее – госпитализация), в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

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

за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 7 Программы, , в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

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

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к

продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением № 7 к Программе, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

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

по подушевому нормативу финансирования;

за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

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

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

2.1 Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, работающими в системе ОМС Ярославской области, в амбулаторных условиях производится:

2.1.1. - по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии / позитронной томографии, совмещенной с компьютерной томографии, и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии / однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее – ПЭТ/КТ и ОФЭКТ / ОФЭКТ-КТ), на ведение школ для больных сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

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 - 2,23 посещения на 1 застрахованное лицо;

- для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями - 0,89 обращения на 1 застрахованное лицо;

Подушевой норматив финансирования определяется на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учетом критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования (ΦO_{CP}^{AMB}), устанавливаемый в соответствии с Требованиями, определяется по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{AMB} = \frac{OC_{AMB}}{Ч_3}$$

$$OC_{AMB} = (N_{O_{PMO}} \times N_{\Phi Z_{PMO}} + N_{O_{ДИСП}} \times N_{\Phi Z_{ДИСП}} + N_{O_{ИЦ}} \times N_{\Phi Z_{ИЦ}} + N_{O_{OЗ}} \times N_{\Phi Z_{OЗ}} + N_{O_{НЕОТЛ}} \times N_{\Phi Z_{НЕОТЛ}} + N_{O_{МР}} \times N_{\Phi Z_{МР}} + N_{O_{ДН}} \times N_{\Phi Z_{ДН}}) \times Ч_3 - OC_{МТР},$$

где:

OC_{AMB}	объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ярославской области, рублей;
$N_{O_{PMO}}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
$N_{O_{ДИСП}}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
$N_{O_{ИЦ}}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
$N_{O_{OЗ}}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, обращений;
$N_{O_{НЕОТЛ}}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
$N_{O_{МР}}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
$N_{O_{ДН}}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной

	программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Нфз _{ПМО}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{ДИСП}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{ИЦ}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{ОЗ}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{НЕОТЛ}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{МТ}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях , для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{ДН}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по диспансерному наблюдению, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС _{МТР}	объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей;
Чз	численность застрахованного населения Ярославской области, человек.

По данному способу оплаты определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

Значение базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц рассчитывается без учета средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема и средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов и определяется по следующей формуле:

$$ПН_{\text{баз}} = \left(\frac{ОС_{\text{ПНФ}} - ОС_{\text{РД}}}{Чз \times СКД_{\text{от}} \times СКД_{\text{пв}} \times КД} \right), \text{ где}$$

ПН _{баз}	базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей
ОС _{ПНФ}	объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу, рублей
ОС _{рд}	объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке, рублей
СКД _{от}	значение средневзвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала
СКД _{пв}	Значение средневзвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава
КД	единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462

СКД_{от} рассчитывается по формуле:

$$СКД_{от} = \frac{\sum(КД_{от}^i \times Ч_3^i)}{\sum(Ч_3^i)}, \text{ где}$$

КД_{от}ⁱ значение коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, установленного тарифным соглашением для i-той медицинской организации.

Ч₃ численность застрахованного населения Ярославской области, человек.

СКД_{пв} рассчитывается по формуле:

$$СКД_{пв} = \frac{\sum(КД_{пв}^i \times Ч_3^i)}{\sum(Ч_3^i)}, \text{ где}$$

КД_{пв}ⁱ значение половозрастного коэффициента дифференциации i-той медицинской организации.

Ч₃ численность застрахованного населения Ярославской области, человек.

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования рассчитывается по формуле:

$$ОС_{ПНФ} = ОС_{АМБ} - ОС_{ФАП} - ОС_{ИССЛЕД} - ОС_{неотл} - ОС_{ЕО} - ОС_{ПО} - ОС_{ДИСП} - ОС_{ДН}, \text{ где}$$

ОС_{ФАП} объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских,

фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Территориальной программой государственных гарантий размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (в том числе неотложной медицинской помощи), рублей

ОС _{ИССЛЕД}	объем средств, направляемых проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), ПЭТ/КТ в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей
ОС _{НЕОТЛ}	объем средств, направляемый на оплату посещений в неотложной форме
ОС _{ЕО}	объем средств, направляемый на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (в том числе комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация», а также диспансерного наблюдения), рублей
ОС _{ПО}	объем средств, направляемый на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей
ОС _{ДИСП}	объем средств, направляемый на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе второго этапа диспансеризации, I и II этапов диспансеризации, направленной на оценку репродуктивного здоровья женщин и мужчин, и углубленной диспансеризации)
ОС _{ДН}	объем средств, направляемый на оплату проведения диспансерного наблюдения

Подушевые нормативы финансирования для каждой медицинской организации определяются дифференцированно с учетом предусмотренных пунктом 5.1.6 Требований коэффициентов:

1) Коэффициенты дифференциации на прикрепившейся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала (далее – КД_{ОТ}). Коэффициенты приведены в приложении 19.

2) Коэффициенты половозрастного состава (далее – КД_{ПВ}).

3) Коэффициент уровня расходов медицинских организаций (далее – КД_{УР}).

4) Коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» (далее – КД_{ЗП}) не применяются. Равен 1.

5) Коэффициент дифференциации равен 1.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях по формуле:

$$ДП_{Н}^i = ПН_{БАЗ} \times КД_{ПВ}^i \times КД_{УР}^i \times КД_{ЗП}^i \times КД_{ОТ}^i \times КД^i$$

$ДП_{Н}^i$	Дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской организации, рублей
$КД_{ПВ}^i$	Коэффициент половозрастного состава для i-той медицинской организации
$КД_{ОТ}^i$	Коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда для i-той медицинской организации
$КУ_{УР}^i$	Коэффициент уровня расходов i-той медицинской организации.
$КД_{ЗП}^i$	Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Ярославской области для i-той медицинской организации. Равен 1
$КД^i$	Коэффициент дифференциации i-той медицинской организации. Равен 1

Применение показателей результативности деятельности медицинской организации.

Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке устанавливается в размере 2% от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц

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

$$ОС_{ПН} = ДП_{Н}^i \times Ч_3^i + ОС_{РД}$$

где:

$ОС_{ПН}$	финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, рублей
$ОС_{РД}$	объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности, согласно бальной оценке, рублей
$ДП_{Н}^i$	дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей

Мониторинг достижения значения показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации проводится ежеквартально.

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

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

Перечень показателей результативности, порядок их расчета и критерии оценки деятельности медицинских организаций за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях для медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц приведен в приложении 20.

Показатели результативности деятельности делятся на 3 блока, отражающих результативность оказания медицинской помощи разным категориям населения (взрослому населению, детскому населению, акушерско-гинекологической помощи) в амбулаторных условиях. Максимальная сумма баллов (при условии достижения значений показателей результативности деятельности за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях) для медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, установлена в приложении 21.

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

Оценка достижения значений показателей результативности деятельности медицинских организаций оформляется решением Комиссии, которое доводится до сведений медицинских организаций не позднее 25 числа, следующего за отчетным периодом. По итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности, складывается из двух частей:

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

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций II и III групп с учетом численности прикрепленного населения.

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

где

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

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

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

В качестве численности прикрепленного населения к конкретной медицинской организации используется средняя численность за год рассчитываемая по формуле:

$$\text{Числ}_i^j = \frac{\text{Ч}_{\text{мес}1} + \text{Ч}_{\text{мес}2} + \dots + \text{Ч}_{\text{мес}11} + \text{Ч}_{\text{мес}12}}{12}$$

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

$$OC_{RD}(\text{нас})_i^j = OC_{RD}^j(\text{нас}) \times \text{Числ}_i^j$$

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

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций III группы с учетом абсолютного количества набранных медицинскими организациями баллов.

$$OC_{RD}^j(\text{БАЛЛ}) = \frac{0,3 \times OC_{RD}^j}{\sum \text{Балл}}, \text{ где}$$

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

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

\sum Балл количество баллов, набранных в j-м периоде всеми медицинскими организациями III группы

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию III группы за j-тый период, при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций ($OC_{RD}(\text{балл})_i^j$), рассчитывается следующим образом:

$$OC_{RD}(\text{балл})_i^j = OC_{RD}^j(\text{балл}) \times \text{Балл}_i^j$$

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

Общий объем средств, направляемый на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности в медицинскую организацию III группы за j-тый период определяется путем суммирования 1 и 2 частей, а для медицинских организаций I группы за j-тый период – равняется 0.

Осуществление выплат стимулирующего характера в полном объеме медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, производится при условии:

- снижения показателей смертности прикрепленного к ней населения в возрасте от 30 до 69 лет (за исключением смертности от внешних причин) и (или) смертности детей в возрасте от 0-17 лет (за исключением смертности от внешних причин).

В случае если не достигнуто снижение вышеуказанных показателей смертности прикрепленного населения (взрослого и детского) применяется понижающий коэффициент 0,9 к размеру выплат.

- фактического выполнения не менее 90 процентов, установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактическими и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно).

При условии выполнения медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи применяется понижающий коэффициент 0,9 к размеру выплат.

Перечень медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, указан в Приложении 1.

Перечень видов медицинской помощи, оплачиваемой в рамках подушевого норматива финансирования, оказанный в плановой форме по обращению по поводу заболевания, посещений с профилактическими и иными целями установлен в Приложении № 47.

2.1.2. За единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)

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

$$\Phi O_{\text{ФАКТ}} = \sum (O_{\text{МП}} \times T),$$

где:

$\Phi O_{\text{ФАКТ}}$	фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;
$O_{\text{МП}}$	фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи;
T	тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рублей.

Перечень видов медицинской помощи по способу оплаты за единицу объема

медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) установлен в Приложении № 46.

За единицу объема медицинской помощи в пределах объемов, установленных решением Комиссии, по тарифам в соответствии с Приложениями 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10 подается к оплате медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях, в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, в неотложной и плановой форме:

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

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

- первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь;

Перечень медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц указан в Приложении 1.

2.1.3 финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов соответствует требованиям, установленным приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». Методика расчета размера финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов с учетом повышающего коэффициента в случае обслуживания фельдшерскими здравпунктами, фельдшерско-акушерскими пунктами женщин репродуктивного возраста (от 18 до 49 лет включительно) в Приложении 45.

2.2 Оплата видов медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

2.2.1. Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации граждан.

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

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

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются завершенными (отражается в отчете о проведении диспансеризации или медицинского осмотра как комплексное посещение) и подлежит оплате (с обязательным указанием соответствующего кода комплексного посещения) в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и приема (осмотра) врачом-терапевтом или фельдшером, в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по проведению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.03.2012 № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, а так же проведение маммографии, исследования кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

Профилактические медицинские осмотры взрослого и детского населения, первый этап диспансеризации взрослого населения, диспансеризация детей-сирот детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, могут быть выполнены медицинской организацией в вечернее время в будние дни и в выходной день.

Медицинские услуги, в том числе выполненные в рамках комплексного посещения диспансеризации в других медицинских организациях в соответствии с Приказами МЗ ЯО, учитываются в объеме диспансеризации медицинской организации – исполнителя диспансеризации (не считаются заимствованными).

При проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации могут учитываться результаты ранее проведенных (не позднее одного года) медицинских осмотров и диспансеризации, подтвержденные медицинскими документами гражданина, за исключения случаев выявления у него симптомов и синдромов заболеваний, свидетельствующих о наличии медицинских показаний для повторного проведения исследований и иных медицинских мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации.

Персональный счет на оплату диспансеризации должен содержать только услуги, выполненные в рамках диспансеризации с обязательным указанием соответствующего кода комплексного посещения (по 1 этапу) и кода медицинской услуги (по 2 этапу).

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 персонифицированный учет комплексных посещений и медицинских услуг профилактического медицинского осмотра и диспансеризации.

В соответствии с подпунктом 2 пункта 5 Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и 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);

4) работающие граждане, не достигшие возраста, дающего право на назначение пенсии по старости, в том числе досрочно, в течение пяти лет до наступления такого возраста и работающие граждане, являющиеся получателями пенсии по старости или пенсии за выслугу лет.

При выставлении к оплате диспансеризации льготных категорий граждан в персональном счете в обязательном порядке указывается код льготы пациента (кроме лиц указанных в абзаце 11).

Профилактические медицинские осмотры и диспансеризация взрослых (включая I и II этапы) и детского населения могут проводиться мобильными медицинскими бригадами, в том числе в выходной день, осуществляющими свою деятельность в соответствии с Правилами организации деятельности мобильной медицинской бригады, предусмотренными приложением № 8 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н.

При необходимости при проведении медицинских исследований в рамках прохождения медицинских осмотров и диспансеризации могут привлекаться медицинские работники медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях.

Ветераны боевых действий имеют право на проведение профилактических осмотров и диспансеризации во внеочередном порядке в медицинских организациях, в которых ветераны боевых действий получают первичную медико-санитарную помощь, в порядке, установленном законами и иными нормативными правовыми актами Ярославской области, в том числе по месту нахождения мобильных медицинских бригад, организованных в структуре этих медицинских организаций.

2.2.2. В рамках проведения углубленной диспансеризации, включающей исследования и медицинские вмешательства гражданам, переболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Граждане, переболевшие новой коронарвирусной инфекцией (COVID-19), включая случаи заболеваний, когда отсутствует подтверждение перенесенной

коронавирусной инфекции (COVID-19) методом ПЦР- диагностики, в течение года после заболевания вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно приложению № 5 Программы:

- комплексное посещение при проведении I этапа углубленной диспансеризации, включающее исследования и медицинские вмешательства: измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспаратаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови);

- за единицу объема медицинской помощи при проведении углубленной диспансеризации:

в рамках I этапа:

- тест с 6 минутной ходьбой (при исходной сатурации кислорода крови 95 процентов и больше в сочетании с наличием у гражданина жалоб на одышку, отеки, которые появились впервые или повысилась их интенсивность);

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

в рамках II этапа – за посещение в рамках обращения по заболеванию:

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

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

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

Оплата за проведение углубленной диспансеризации за комплексное посещение возможна в случае выполнения всех исследований и медицинских вмешательств, учитываемых при расчете стоимости комплексного посещения. В случае если отдельные исследования и медицинские вмешательства, учитываемые при расчете стоимости комплексного посещения углубленной диспансеризации не были выполнены, оплата такого случая не осуществляется.

Оплата исследований и медицинских вмешательств в рамках углубленной диспансеризации, перечисленных в Приложении 5, осуществляется сверх подушевого

норматива финансирования. Оплата приема (осмотра) врачом-терапевтом, врачом-участковым терапевтом, врачом общей практики и проведение рентгенографии органов грудной клетки (если не выполнялась ранее в течение года) осуществляется в рамках подушевого норматива финансирования медицинской помощи на прикрепившихся лиц.

При необходимости при проведении медицинских исследований в рамках прохождения углубленной диспансеризации могут привлекаться медицинские работники медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях.

2.2.3. В рамках проведения диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья мужчин и женщин.

Для женщин и мужчин репродуктивного возраста поэтапно в зависимости от возрастных групп одновременно с прохождением профилактического осмотра или диспансеризации организуется проведение диспансеризации, направленной на оценку их репродуктивного здоровья, включающей исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно приложению 6 Программы.

Оплата диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья (далее - ДОРЗ) осуществляется в соответствии с объемом медицинских исследований, установленных Методическими рекомендациями по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья от 29.03.2024, утвержденными Министерством здравоохранения РФ.

Единицей оплаты в рамках 1 этапа является комплексное посещение, в рамках 2-го этапа - медицинская услуга.

Организация проведения диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья мужчин и женщин в возрасте от 18 до 49 лет включительно осуществляется в соответствии с совместным приказом МЗ ЯО от 01.03.2024 №238 и ТФОМС ЯО от 01.03.2024 № 68/01 «Об организации проведения диспансеризации граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья».

Диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья мужчин и женщин проводится ежегодно:

- 1) как самостоятельное мероприятие;
- 2) одновременно с прохождением диспансеризации определенных групп взрослого населения;
- 3) одновременно с прохождением профилактического медицинского осмотра.

При проведении диспансеризации могут учитываться результаты ранее проведенных исследований:

- микроскопических исследований влагалищных мазков (не позднее одного месяца);
- цитологических исследований мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала, выполненных с окраской по Папаниколау или жидкостного цитологического исследования микропрепарата шейки матки, выполненных с окраской по Папаниколау, (не позднее одного года)

Исследования подтверждаются медицинскими документами гражданина, за исключением случаев выявления у него симптомов и синдромов заболеваний, свидетельствующих о наличии медицинских показаний для повторного проведения исследований. Результаты остальных исследований и осмотров, выполненных вне рамок ДОРЗ, не могут быть использованы при её проведении.

Перечень медицинских исследований и тарифы на оплату диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья установлены в Приложении 4.

2.2.4. За проведение диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях;

Оплата за проведение диспансерного наблюдения осуществляется с учетом требований приказов Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» и от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».

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

Диспансерное наблюдение осуществляют медицинские работники медицинской организации (структурного подразделения иной медицинской организации, осуществляющей медицинскую деятельность), где пациент получает первичную-медико-санитарную помощь, в том числе с использованием выездных методов работы.

В отношении работающих застрахованных лиц по месту осуществления служебной деятельности может быть организовано проведение диспансерного наблюдения в целях профилактики развития профессиональных заболеваний или осложнений, обострений ранее сформированных хронических неинфекционных заболеваний (далее диспансерное наблюдение работающих граждан) в порядке, установленном Министерством здравоохранения РФ.

Организация диспансерного наблюдения работающих граждан может осуществляться:

- при наличии у работодателя подразделения (кабинет врача, здравпункт, медицинский кабинет, медицинская часть и другие подразделения), оказывающего медицинскую помощь работникам организации силами и средствами такого подразделения;

- при отсутствии у работодателя указанного подразделения путем заключения работодателем договора с государственной (муниципальной) медицинской организацией любой подведомственности, участвующей в базовой (территориальной) программе обязательного медицинского страхования и имеющей материально-техническую базу и медицинских работников, необходимых для проведения диспансерного наблюдения работающего гражданина (с оплатой такой медицинской помощи по отдельным реестрам счетов в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения Российской Федерации).

Копия договора о проведении диспансерного наблюдения работающих граждан между работодателем и указанной медицинской организацией, заверенная в установленном порядке, направляется медицинской организацией в территориальный фонд обязательного медицинского страхования в целях последующей оплаты оказанных комплексных посещений по диспансеризации работающих граждан в рамках отдельных реестров счетов.

Диспансерное наблюдение работающего гражданина также может быть проведено силами медицинской организации, к которой прикреплен работающий гражданин, с использованием выездных методов работы и организацией осмотров и исследований по месту осуществления гражданином служебной деятельности.

Если медицинская организация, осуществляющая диспансерное наблюдение работающего гражданина не является медицинской организацией, к которой прикреплен работающий гражданин, то данная организация направляет сведения о результатах прохождения работающим гражданином диспансерного наблюдения в медицинскую организацию, к которой прикреплен гражданин, с использованием Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в течение 3 рабочих дней после получения указанных результатов.

Единицей оплаты диспансерного наблюдения является комплексное посещение. Комплексное посещение включает в себя объемы медицинской помощи застрахованным по обязательному медицинскому страхованию лицам от 18 лет и старше и не включает первое посещение в году, которое оплачивается в рамках профилактических осмотров.

В тариф на комплексное посещение по диспансерному наблюдению не включаются расходы, связанные с проведением отдельных диагностических исследований, по которым установлены отдельные нормативы финансовых затрат.

Тариф на оплату диспансерного наблюдения установлен в Приложении 7.

2.2.5. При комплексном медицинском осмотре в Центре здоровья

Комплексный медицинский осмотр в Центре здоровья (в Центре здоровья для детей) может проводиться в течение одного или нескольких дней. Медицинские услуги, выполненные при проведении комплексного осмотра, указываются при формировании персонального счета, подлежат учету как один законченный случай и оплачиваются как посещение с иными целями 1 раз в отчетном году.

Оплата комплексного медицинского осмотра производится по тарифам, утвержденным в Приложении 9.

2.2.6. При оказании неотложной медицинской помощи

При оказании неотложной медицинской помощи единицей объема является посещение (в том числе посещение к стоматологам и зубным врачам) выполненное в медицинской организации или посещение выездной бригады кабинета неотложной медицинской помощи на дому.

К посещениям при оказании медицинской помощи в неотложной форме в медицинской организации относятся:

- посещение кабинета неотложной медицинской помощи;
- посещение врача при оказании неотложной медицинской помощи;
- посещение при оказании неотложной стоматологической помощи;
- оказание медицинской помощи в приемном отделении при первичном обращении без последующей госпитализации;
- оказание медицинской помощи в приемном отделении при первичном обращении без последующей госпитализации с выполнением компьютерной томографии;
- оказание медицинской помощи в травматологическом пункте медицинской организации при первичном обращении без последующей госпитализации в данную медицинскую организацию;
- оказание неотложной медицинской помощи на дому при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний выездными бригадами, в состав которых входит врач общей практики (врач-терапевт участковый, врач- педиатр участковый, фельдшер, в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача), работающие в кабинете неотложной медицинской помощи согласно графику дежурств.

При оказании неотложной медицинской помощи пунктом (кабинетом) неотложной

медицинской помощи оплата производится 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», «Неотложная медицинская помощь в приемном отделении», «Неотложная медицинская помощь в приемном отделении с выполнением компьютерной томографии».

В случаях оказания неотложной медицинской помощи в травмопунктах больным, не подлежащим дальнейшей госпитализации, медицинская помощь оплачивается по тарифу «Неотложная медицинская помощь (в травмопункте)».

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

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

Медицинским организациям, возмещение расходов производится по тарифам, утвержденным в Приложении 10.

2.2.7. При оказании медицинской помощи 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 расчетов, установлены в Приложении 23.

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

При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников.

2.2.8. При оказании 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, утвержденным в Приложении 10 Тарифного соглашения.

Для учета 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 трудоемкости (УЕТ)» Приложение 11, по тарифам, установленным Приложением 10, 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.

Кратность УЕТ в одном посещении составляет -5,9

Кратность УЕТ в одном обращении -12,0

За одну условную единицу трудоемкости (УЕТ) принимаются 10 минут.

Ортодонтическая помощь при врожденных аномалиях (пороках развития), а так же посещения к врачу - ортодонту выполненные с профилактическими и иными целями, оплачиваются за счет средств ОМС согласно Территориальной программе государственных гарантий Ярославской области лицам до 17 лет 11 месяцев 29 дней.

Оплата стоматологической помощи производится по следующей формуле:

$ФТ = \sum_n^1 T_{соотв} * Q_n$, где:

ФТ – фактический тариф;

T_{соот} – тариф на 1 УЕТ;

Q_n – кол-во УЕТ оказанной услуги включенной в талон амбулаторного пациента на стоматологическом приеме.

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 отчетном 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.

2.2.9. При оплате 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.

Одна тема оплачивается 1 раз в текущем году для данной медицинской организации, 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 МЗ ЯО по соответствующему профилю и предоставляется в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

2.2.10. При оплате медицинской помощи, оказанной с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях

Консультативный прием с применением телемедицинских технологий (далее - консультация) - процесс оказания консультативной помощи врачом-консультантом (консилиумом врачей) врачу медицинской организации, на основании медицинской информации (включая анализ статистической (рентгенограммы, КТ, ЭКГ, ЭЭГ и др.) и динамической (аудио и видео фрагменты) информации о пациенте, переданной по защищенным электронным каналам связи.

Консультации проводятся по модели «врач-врач» в 2 режимах:

- режим реального времени (лечащий врач, либо фельдшер, акушер, на которого возложены функции лечащего врача в порядке, установленном законодательством в сфере охраны здоровья) непосредственно взаимодействует с врачом-консультантом и/или с врачами - участниками консилиума);

- отложенная консультация (врач-консультант и/или врач-участник консилиума) дистанционно изучает медицинские документы и иную информацию о состоянии здоровья пациента, готовит медицинское заключение без использования непосредственного общения с лечащим врачом, либо фельдшер, акушер, на которого возложены функции лечащего врача в порядке, установленном законодательством в сфере охраны здоровья.

По результатам проведения консультации (консилиума врачей) консультант оформляет заключение (протокол консилиума врачей).

Подписанное медицинское заключение (протокол консилиума врачей) направляется в электронном виде лечащему врачу (фельдшеру, акушеру, на которого возложены функции лечащего врача в порядке, установленном законодательством в сфере охраны здоровья), которое вносится в первичную медицинскую документацию.

Консультация считается завершённой в день получения заключения медицинской организацией, запросившей консультацию.

Законченный случай консультативного приема с применением информационных технологий включает в себя консультацию по поводу конкретного случая лечения одного

пациента, в течение одного календарного дня, независимо от количества врачей-специалистов, участвующих в консилиуме.

Перечень медицинских организаций, которые могут оказывать консультации с использованием телемедицинских технологий, представлен в Приложении 17.

Медицинские организации, имеющие прикрепленное население, оплату телемедицинских консультаций, вне зависимости от режима их проведения, производят в рамках подушевого финансирования.

2.2.11. При оплате медицинских услуг в рамках проведения межучрежденческих расчетов.

Оплата медицинских услуг при проведении межучрежденческих расчетов за лабораторные исследования при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в соответствии с Порядком оплаты медицинских услуг при проведении межучрежденческих расчетов (утверждается приказом Территориального фонда обязательного медицинского страхования).

Перечень медицинских организаций, участвующих в проведении межучрежденческих расчетов, установлены в Приложении 17.

В межучрежденческих расчетах участвуют следующие виды медицинской помощи:

№ п/п	Наименование	Тарифы установлены
1	лабораторные исследования	Приложение № 14
2	флюорография легких, маммография, сцинтиграфия	Приложение № 13
3	медицинская помощь с проведением телемедицинских технологий	Приложение № 10
4	медицинская помощь в женской консультации по профилю «акушерство-гинекология». Медицинская организация «Исполнитель» осуществляет прием граждан «Заказчика» <u>без направления</u> .	Приложение № 10
5	медицинская помощь по проведению исследований на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа.	Приложение № 14
6	медицинская помощь, оказанная специалистами амбулаторно-поликлинических подразделений. В проведении межучрежденческих расчетов участвуют медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь и имеющих прикрепленное население, а также медицинские организации, оказывающие первичную специализированную медицинскую помощь по специальности «стоматология».	Приложение № 10

7	исследования, проводимые в рамках диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья мужчин и женщин: - определение ДНК возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i>) в отделяемом слизистых женских половых органов; - определение ДНК возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i>) из уретры; - определение ДНК вирусов папилломы человека (<i>Papilloma virus</i>) высокого канцерогенного риска в отделяемом соскобе из цервикального канала методом ПЦР, качественное исследование; - спермограмма	Приложение № 4
8	назначение лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга*	Приложение № 13
9	межучрежденческие расчеты в амбулаторных условиях (тарифы на оплату микробиологических исследований, выполняемых в бактериологических лабораториях)	Приложение № 14.1
10	Исследование эластометрия печени	Приложение № 17
11	Определение РНК коронавируса ТОРС (SARS-cov) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР	Приложение № 17
12	Определение РНК вируса гепатита С (<i>Hepatitis C virus</i>), определение генотипа вируса гепатита С (<i>Hepatitis C virus</i>)	Приложение № 17

2.2.12. Для возмещения медицинским организациям государственной системы здравоохранения Ярославской области расходов за оказание медицинской помощи сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, Федеральной службы войск национальной гвардии Ярославской области, Главного управления МЧС России по Ярославской области, Управления федеральной службы судебных приставов по Ярославской области в рамках амбулаторно-поликлинической помощи.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 15.12.2018 № 1563 «О порядке оказания сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, отдельным категориям граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел, органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, членам их семей и лицам, находящимся на их иждивении, медицинской помощи и обеспечения их санаторно-курортным лечением», постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2004 № 911 « О порядке оказания медицинской помощи, возмещения расходов на ее оказание, проведение

медицинских осмотров, диспансеризации, санаторно-курортного обеспечения и осуществления отдельных выплат некоторым категориям военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов и членам их семей, а также отдельным категориям граждан, уволенных с военной службы», постановлением Правительства Российской Федерации от 3 июня 2020г. № 806 «О порядке медицинского обеспечения сотрудников, имеющих специальные звания и проходящих службу в органах принудительного исполнения Российской Федерации», письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 17.04.2019 № 4680/26-2/и – ФКУЗ «МСЧ МВД России по Ярославской области», Федеральная служба войск национальной гвардии Ярославской области, Главное управление МЧС России по Ярославской области, Управление федеральной службы судебных приставов по Ярославской области в соответствии с заключенным договором с медицинской организацией государственной системы здравоохранения об оказании медицинской помощи возмещают медицинской организации расходы, связанные с оказанием амбулаторно - поликлинической помощи по тарифам:

- за оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в рамках базовой программы ОМС по тарифам, установленным в Приложении 10;

- за оплату отдельных диагностических (лабораторных) услуг, оказанных в рамках обращений по заболеванию в амбулаторных условиях по тарифам, установленным в Приложении 12;

- за лабораторные исследования по тарифам, установленным в Приложении 14;

- за диагностические исследования по тарифам, установленным в Приложении 15.

2.2.13. Проведение исследований на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа.

Исследования на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа проводятся в случае:

- наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов респираторной вирусной инфекции, включая грипп;

- наличия у застрахованных граждан респираторной вирусной инфекции, включая грипп, в том числе для оценки результатов проводимого лечения;

- положительного результата исследования на выявление возбудителя респираторной вирусной инфекции, включая грипп, полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации).

Тарифы на оплату исследований на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа, установлены в Приложении 14.

Перечень медицинских организаций, участвующих в проведении исследований на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа установлены в Приложении 17.

2.2.14. Медицинская помощь в амбулаторных условиях по профилю «онкология».

Медицинская помощь в амбулаторных условиях по профилю «онкология», оказанная в течение одного дня врачами – онкологами, имеющими разные СНИЛС, оплачивается за каждое посещение.

2.2.15. Проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции

Проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции в случае:

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

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

- положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), , полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации).

2.2.16 Молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний.

Молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний – это исследование биопсийного (операционного и диагностического) материала с применением одного теста для данного вида опухоли в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению онкологических заболеваний.

Тариф на данное исследование рассчитан как средневзвешенная стоимость одной реакции (теста) для данного вида опухоли, выполненного в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению онкологических заболеваний, и включает, в том числе расходы на оплату транспортных услуг в целях доставки диагностического материала к месту исследования и расходы на хранения образца.

2.2.17 Патологоанатомическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии.

Патологоанатомическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – это прижизненное патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала, в том числе с применением дополнительных методов окрасок (постановок реакций, определений – гистохимических, иммуногистохимических и иных методов) при оказании медицинской помощи с целью диагностики онкологических заболеваний.

Патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала осуществляются в целях диагностики заболеваний, в том числе онкологических, а так же в целях уточнения диагноза заболевания (состояния) с учетом требований стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

Тариф на данные услуги рассчитан как средневзвешенная стоимость одного случая прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала и включает расходы на оплату транспортных услуг в целях доставки биопсийного (операционного) материала к месту исследования и расходов на хранение биопсийного (операционного) материала.

Все молекулярно-генетические и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала осуществляются в целях выявления, подтверждения или уточнения онкологического заболевания.

2.2.18. Компьютерной томографии и/или магнитно-резонансной томографии

Особые случаи оплаты медицинской помощи, оказываемой при проведении компьютерной томографии и/или магнитно-резонансной томографии:

- при проведении компьютерной томографии и/или магнитно-резонансной томографии с внутривенным контрастированием нескольких областей одному пациенту в один и тот же день, оплате подлежит одна услуга по тарифу «Компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография с контрастированием», а исследования остальных областей, с оплатой услуг по тарифу «Компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография без контрастирования»;

- в случае проведения компьютерной томографии и/или магнитно-резонансной томографии без контрастирования нескольких областей одному пациенту в один и тот же день, оплате подлежит количество услуг равное количеству исследуемых областей по тарифу «Компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография без контрастирования».

2.2.19. Оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Единица оплаты – комплексное посещение, как законченный случай.

Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, а также проведения методов реабилитации, определенных программами реабилитации. При этом по решению лечащего врача консультация отдельных специалистов в рамках комплексного посещения может осуществляться в том числе с использованием телемедицинских технологий (1-2 посещения)

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях осуществляется дифференцированно в зависимости от: оценки состояния пациента по ШРМ (2 -3 балла);-заболевания, по поводу которого проводится медицинская реабилитация.

Тарифы на оплату комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация» установлены в Приложении 2.

2.3 Порядок применения способов 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 24 к Тарифному соглашению.

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (далее – госпитализация), в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), постановлением Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» установлены следующие способы оплаты:

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

- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения,

перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 7 Программы, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

При оказании высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), включенной в базовую программу ОМС, применяется оплата по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленному Программой по перечню видов ВМП согласно раздела I приложения № 1 Программы.

Оплата за счет средств ОМС медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, по клинко-статистическим группам заболеваний – КСГ, предусмотренным приложением № 4 к Программе, осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу ОМС, для которых Программой установлен средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, в случае их включения в территориальную программу ОМС сверх базовой программы;

- социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения) в случае их включения в территориальную программу ОМС сверх базовой программы;

- услуг диализа, включающих различные методы. Для оплаты услуг диализа при оказании медицинской помощи в стационарных условиях Тарифным соглашением в Приложении 23 установлены тарифы. Оплата за услуги диализа при лечении пациента в стационарных условиях осуществляется за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

В соответствии с Программой за счет средств ОМС в рамках базовой программы ОМС осуществляется финансовое обеспечение проведения патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и

тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти **застрахованного лица при получении медицинской помощи** в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу ОМС, в указанных медицинских организациях.

Отнесение случаев лечения к КСГ, расчет размера базовой ставки, включенного в КСГ, и применение коэффициентов специфики, уровня (подуровня) медицинской организации, сложности лечения пациентов осуществляются в соответствии с Методическими рекомендациями.

Перечни КСГ, используемые для оплаты медицинской помощи в стационарных условиях, сформированы в соответствии с перечнем групп заболеваний, состояний для оплаты первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в условиях дневного стационара и специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях, включающим также коэффициенты относительной затратоемкости (далее - Перечень), установленным приложением № 4 к Программе.

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

1. Кода диагноза – в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр)», версия (далее – МКБ-Х).

2. Кода хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии, входящей в Номенклатуру медицинских услуг, утвержденную приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура), а также, при необходимости, конкретизации медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий).

3. Схемы лекарственной терапии.

4. Международного непатентованного наименования (далее - МНН) лекарственного препарата.

5. Возрастной категории пациента.

6. Сопутствующего диагноза и/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,

- индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI).

8. Длительности непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга).

9. Количества дней проведения лучевой терапии (фракций).

10. Пола.

11. Длительности лечения.

12. Этапа лечения, в том числе этапа проведения экстракорпорального оплодотворения, долечивания пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), посттрансплантационного периода после пересадки костного мозга.

13. Показаний к применению лекарственного препарата.

14. Объема послеоперационных грыж брюшной стенки.

15. Степени тяжести заболевания.

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

Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ-Х, являющийся основным поводом к госпитализации. Исключением являются случаи, осложненные сепсисом и фебрильной нейтропенией.

При наличии хирургических операций и (или) других применяемых медицинских технологий, схем лечения (при проведении лекарственной терапии у пациентов со злокачественными новообразованиями, а также при применении генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов), являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры или кодом схемы лечения.

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 и затратно-экономическая группа, к которой данный случай был отнесен на основании кода по Номенклатуре, меньше затратно-экономической группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ-Х, оплата осуществляется по группе, сформированной по диагнозу. Исключения составляют КСГ, по которым не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги (приведены в Приложении 25 к Тарифному соглашению).

При выполнении операции кесарева сечения (А16.20.005 «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.

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

Законченный случай оплачивается в полном объеме, за исключением случаев лечения, указанных в п.п. 2.3.1, 2.3.2, 2.3.3 Тарифного соглашения.

2.3.1. Оплата прерванных случаев лечения

В соответствии с Программой к прерванным случаям относятся:

1. Случаи прерывания лечения по медицинским показаниям.
2. Случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое.
3. Случаи изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар;
4. Случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. Случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего

лечения;

6. Случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);

7. Случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

8. Случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1 – 7) с выпиской пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, приведенных в Приложении № 7 к Программе.

Приложением № 7 к Программе и таблицей 1 Приложения 4 к Методическим рекомендациям определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

Перечень КСГ круглосуточного стационара, по которым оплата осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее приведен в Приложении 27 к Тарифному соглашению.

9. Случаи оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, st37.027, st37.028, st37.029, st37.30 с длительностью лечения менее чем количество дней, определенных Программой и приложением 6 к Методическим рекомендациям (далее – «Группировщик» (приложение 6 и 7)).

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-Х, что и диагноз основного заболевания и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого

случая к прерванным по основанию, изложенному в подпункте 2 не производится.

При оплате случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2-9 пункта 2.3.5 Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, предусмотренным подпунктами 2-4 пункта 2.3.1.

Оплата случаев госпитализации, являющихся прерванными, производится:

1. При выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии (являющихся классификационным критерием отнесения данного случая госпитализации к конкретной КСГ):

- при длительности лечения 3 дня и менее – в размере 90 % от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – в размере 100 % от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;

Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают проведение хирургического вмешательства и(или) тромболитическую терапию, определен Методическими рекомендациями и приведен в Приложении 26 Тарифного соглашения.

Прерванные случаи по КСГ, не входящим в Приложение 26 Тарифного соглашения, не могут быть оплачены с применением вышеуказанных значений.

2. При невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии:

2.1. прерванные случаи оказания медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения* и острым коронарным синдромом* в региональных сосудистых центрах и первичных сосудистых отделениях:

- при длительности лечения 1 день – в размере 30 % от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;

- при длительности лечения 2 – 3 дня – в размере 50 % от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – в размере 80 % от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;

* КСГ, включающие коды по МКБ-Х болезней и проблем, связанных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) и острым коронарным синдромом (ОКС), для использования при оплате прерванных случаев оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК и ОКС в региональных сосудистых центрах и первичных сосудистых отделениях

№ п/п	Код КСГ	Наименование КСГ	Профиль	Код по МКБ-10
1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Острый коронарный синдром (ОКС)				
1.	st13.001	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 1)	Кардиология	I20.0, I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9
2.	st27.008	Другие болезни сердца (уровень 1)	Терапия	I24.0, I24.8, I24.9
Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)				
1.	st15.012	Транзиторные ишемические приступы, сосудистые мозговые синдромы	Неврология	G45.0, G45.1, G45.2, G45.4, G45.8, G45.9, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8
2.	st15.013	Кровоизлияние в мозг	Неврология	I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62.0, I62.1, I62.9
3.	st15.014	Инфаркт мозга (уровень 1)	Неврология	I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64
4.	st15.017	Другие цереброваскулярные болезни	Неврология	I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66.0, I66.1, I66.2, I63.3, I66.4, I66.8, I66.9
5.	st25.003	Болезни артерий, артериол и капилляров	Сердечно-сосудистая хирургия	Q28.2
6.	st27.005	Гипертоническая болезнь в стадии обострения	Терапия	I10, I11.0, I11.9, I12.0, I12.9, I13.0, I13.1, I13.2, I13.9, I15.0, I15.1, I15.2, I15.8, I15.9
7.	st36.008	Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении	Прочее	I61.3, I62.0, I62.1, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6

2.2. прерванные случаи оказания медицинской помощи за исключением случаев, указанных в подпункте 2.1. данного пункта:

- при длительности лечения 3 дня и менее – в размере 30 % от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – в размере 50 % от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ, за исключением:

- случаев перевода пациента из одной медицинской организации после лечения коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19 (КСГ st12.015 – st12.018) в другую медицинскую организацию на лечение иного заболевания или состояния,

входящего в другой класс МКБ-Х и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, оплата по которым осуществляется в размере 80 % от стоимости КСГ;

- случаев лечения, закончившихся летальным исходом, оплата по которым осуществляется в зависимости от длительности лечения.

В случаях лечения, закончившихся летальным исходом:

- от 4-х до 6 дней – в размере 50 % от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;

- от 7 до 14 дней – в размере 70 % от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;

- более 14 дней – в размере 80 % от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ.

Данный порядок не распространяется на оплату прерванных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи, подлежащих оплате в 100 % размере от стоимости, определенной для соответствующей группы ВМП, независимо от длительности лечения.

Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, в условиях круглосуточного стационара представлен в Приложении 27 Тарифного соглашения.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 7 и 9 пункта 2.3.1, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

2.3.2. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии

2.3.2.1. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов в возрасте 18 лет и старше

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в «Группировщике», включенной в КСГ, для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1-6 пункта 2.3.1.

В случае снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» в «Группировщике» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии) схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.3.1.):

- снижение дозы произведено согласно инструкции по применению к химиотерапевтическому препарату или в соответствии с клиническими рекомендациями, в том числе в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- возможность смещения интервала между введениями предусмотрена клиническими рекомендациями, либо необходимость смещения возникла в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Для остальных случаев (в том числе случаев проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) классификационным критерием отнесения к КСГ служит схема sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1 - 6 пункта 2.3.1.

Также схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.3.1.) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

2.3.2.2. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов

Для МНН, применение которых не предусматривает этап инициации, как первое введение, так и последующие оплачиваются по КСГ «Лечение с применением генно-

инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1-20)».

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме, в том числе при длительности лечения 3 дня и менее, если она выполнена в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе), а также при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.3.1.

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

Учитывая, что проведение лучевой терапии, предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случая лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, а также фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Оплата прерванных случаев лечения при проведении лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией, осуществляется в размере 50 % 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 также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода подлежит оплате как прерванный.

Если перевод из одного профильного отделения круглосуточного стационара в другое производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ-Х и (или) являются следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Случаи перевода пациента для продолжения лечения из круглосуточного стационара в дневной (и наоборот) в пределах одной медицинской организации подлежат учету и предъявляются к оплате отдельно по соответствующей КСГ.

2.3.5. Оплата случаев оказания медицинской помощи по двум и более КСГ

Оплата по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

1. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-Х и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую; оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным пунктом 2.3.1 Тарифного соглашения основаниям;

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

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

4. При этапном хирургическом лечении при злокачественных новообразованиях, не предусматривающем выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));

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

6. При дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-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.

7. При наличии у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

8. При проведении иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

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

Кроме того, в медицинских организациях, на базе которых организован Центр лечения критической ишемии нижних конечностей, случаи этапного оказания стационарной медицинской помощи пациентам с критической ишемией нижних конечностей, предъявленные на оплату медицинской организацией по КСГ st25.010 – st25.012 (первый этап), КСГ st31.003, st29.009, st29.011 (второй этап), st31.005 (третий этап), представляющие собой последовательные этапы лечения, не предусматривающие выписку пациента из стационара.

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум и более КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

2.3.6. Оплата методов лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи

Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в рамках ОМС на территории Ярославской области, приведен в Приложении 29 Тарифного соглашения.

Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденным Разделом I приложения № 1 Программы.

Оплата специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, осуществляется в пределах утвержденных плановых объемов медицинской помощи за законченный случай лечения заболевания по утвержденным Программой нормативам финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащим в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, вне зависимости от длительности лечения, без учета коэффициентов – Приложение 30 Тарифного соглашения.

Высокотехнологичная медицинская помощь оплачивается с применением коэффициента дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи – Приложение 30 Тарифного соглашения.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ-Х, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным Разделом I приложения № 1 Программы «Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, бюджетных ассигнований из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования медицинским организациям, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти» (далее – Перечень ВМП).

В случае, если хотя бы один из вышеперечисленных параметров не соответствует Перечню ВМП, то данный случай лечения оплачивается в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, исходя из выполненной хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии.

В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи с применением метода лечения, включенного в Перечень ВМП, либо после оказания высокотехнологичной медицинской помощи определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды: в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках

высокотехнологичной медицинской помощи по нормативу финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения как для специализированной, так и для высокотехнологичной медицинской помощи, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

Если пациенту в момент оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «неонатология» или «детская хирургия в период новорожденности» определяются показания к проведению иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции, то данный случай оплачивается по двум (нескольким) тарифам: в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и по соответствующей КСГ в рамках специализированной медицинской помощи. Кратность применения КСГ «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции» должна соответствовать количеству введений паливизумаба для проведения иммунизации за весь период госпитализации.

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

2.4 Порядок применения способов 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 31 Тарифного соглашения.

Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров в рамках территориальной программы ОМС, в соответствии с Программой осуществляется:

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в

том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением № 7 к Программе, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

Оплата медицинской помощи за счет средств ОМС, оказанной в условиях дневного стационара, по КСГ, предусмотренным приложением № 4 к Программе, осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу ОМС, для которых Программой установлен средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, в случае их включения в территориальную программу ОМС сверх базовой программы;

- социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения), в случае их включения в территориальную программу ОМС сверх базовой программы;

- услуг диализа, включающих различные методы.

Перечни КСГ, используемые для оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара, сформированы в соответствии с перечнем групп заболеваний, состояний для оплаты специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в условиях дневного стационара, включающим также коэффициенты относительной затратоемкости (далее - Перечень), установленным приложением № 4 к Программе.

Отнесение случая лечения к определенной КСГ осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями, на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов (классификационные критерии):

1. Кода диагноза – в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр)» версия 2.27 от 02.09.2024 (далее – МКБ-Х);

2. Кода хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии, входящей в Номенклатуру медицинских услуг (далее – Номенклатура), утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н, а также, при необходимости, конкретизации медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);

3. Схемы лекарственной терапии;

4. Международного непатентованного наименования (далее – МНН) лекарственного препарата;

5. Возрастной категории пациента;

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

7. Оценки состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации; индекса оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);

8. Количества дней проведения лучевой терапии (фракций);

9. Пола;

10. Длительности лечения;

11. Этапа лечения, в том числе этапа проведения экстракорпорального оплодотворения, долечивания пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, посттрансплантационного периода после пересадки костного мозга;

12. Показаний к применению лекарственного препарата;

13. Степени тяжести заболевания;

14. Сочетания нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия.

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

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

При 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, и 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.

Для оплаты услуг диализа при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара Тарифным соглашением в Приложении 23 установлены тарифы. Оплата за услуги диализа при лечении пациента в условиях дневного стационара осуществляется за услугу диализа в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание.

Законченный случай оплачивается в полном объеме, за исключением случаев лечения, указанных в п.п. 2.4.1., 2.4.2., 2.4.3.

2.4.1. Оплата прерванных случаев лечения

В соответствии с Программой к прерванным случаям относятся:

1. Случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. Случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. Случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из условий дневного стационара в стационарные условия);
4. Случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. Случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
6. Случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);
7. Случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по

объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

8. Случаи выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, предусмотренных приложением № 7 к Программе.

9. Случаи лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020 - ds12.027 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и Группировщиком (приложение 7).

В случае если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-Х, что и диагноз основного заболевания и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию, изложенному в подпункте 2 не производится.

При оплате случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2-4 пункта 2.4.5 Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, предусмотренным подпунктами 2-4 пункта 2.4.1.

Оплата случаев лечения, являющихся прерванными, производится:

1. При выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии (являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ):

- при длительности лечения 3 дня и менее – в размере 80 % от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – в размере 85 % от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;

Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают проведение хирургического вмешательства и(или) тромболитическую терапию, определен Методическими рекомендациями и приведен в Приложении 32 Тарифного соглашения.

Прерванные случаи по КСГ, не входящим в Приложение 32 Тарифного соглашения, не могут быть оплачены с применением вышеуказанных значений.

2. При невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии:

- при длительности лечения 3 дня и менее – в размере 30 % от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – в размере 50 % от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ.

Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, в условиях дневного стационара представлен в Приложении 33 Тарифного соглашения.

2.4.2. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии

2.4.2.1. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов в возрасте 18 лет и старше

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в «Группировщике», включенной в КСГ, для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1-6 пункта 2.4.1.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше, являющиеся прерванными по основанию, изложенному в подпункте 7 пункта 2.4.1, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

В случае снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» в «Группировщике» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии) схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.4.1):

- снижение дозы произведено согласно инструкции по применению к химиотерапевтическому препарату или в соответствии с клиническими рекомендациями, в том числе в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- возможность смещения интервала между введениями предусмотрена клиническими рекомендациями, либо необходимость смещения возникла в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Для остальных случаев (в том числе случаев проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) классификационным критерием отнесения к КСГ служит схема sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1 – 6 пункта 2.4.1.

Также схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.4.1) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме, независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

2.4.2.2. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D)

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.4.1.) в случае проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

2.4.2.3. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов

Для МНН, применение которых не предусматривает этап инициации, как первое введение, так и последующие оплачиваются по КСГ «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1-20)».

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме, в том числе при длительности лечения 3 дня и менее, если она выполнена в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии (в том числе при

соблюдении количества дней введения в тарифе), а также при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.4.1.

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

Проведение лучевой терапии, предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случая лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, а также фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Оплата прерванных случаев лечения при проведении лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией, осуществляется в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения.

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 (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 также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным пунктом 2.4.1 основаниям и оплачивается в соответствии с установленными правилами.

Если перевод производится в дневном стационаре из одного профильного отделения в другое в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ-Х и (или) новое заболевание является следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Случаи перевода пациента для продолжения лечения из дневного стационара в круглосуточный (и наоборот) в пределах одной медицинской организации подлежат учету и предъявляются к оплате отдельно по соответствующей КСГ.

2.4.5. Оплата случаев лечения по двум и более КСГ

Оплата одновременно по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках дневного или круглосуточного стационаров (в том числе в случае перевода из

дневного стационара в круглосуточный стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-Х и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую; оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным пунктом 2.4.1 основаниям;

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

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

4. При проведении иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации.

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

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

2.5. Особенности формирования отдельных случаев лечения в условиях круглосуточного или дневного стационара

2.5.1. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, включающего различные методы, в том числе перитонеального диализа, оплата в условиях дневного и круглосуточного стационара осуществляется за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для лечения/госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.

Базовые тарифы на оплату гемодиализа, перитонеального диализа и тарифы для оплаты услуг диализа при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара установлены в Приложении 23 к Тарифному соглашению. Тарифы

для оплаты услуг диализа рассчитаны с применением к базовым тарифам рекомендуемых коэффициентов относительной затратоемкости, представленных в приложении 2 к Методическим рекомендациям. Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопустимо. К основной КСГ, являющейся поводом для лечения/госпитализации, поправочные коэффициенты применяются в установленном порядке. Учитывая одинаковые затраты на проведение диализа в условиях круглосуточного и дневного стационара, абсолютная стоимость услуг диализа является одинаковой, независимо от условий его оказания.

Подлежат оплате случаи проведения заместительной почечной терапии методами диализа, оказываемые медицинскими организациями, имеющими соответствующую лицензию, которым решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС распределены объемы медицинской помощи по проведению заместительной почечной терапии в условиях круглосуточного и дневного стационаров.

При этом стоимость одного законченного случая зависит от КСГ, учитывающей основное заболевание, и от количества фактически выполненных услуг диализа в течении всего периода нахождения пациента в стационаре/дневном стационаре (оплата законченного случая осуществляется по КСГ, являющейся поводом для лечения/госпитализации, и дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения за количество фактически проведенных услуг диализа по установленным настоящим Тарифным соглашением тарифам).

К законченному случаю необходимо относить лечение в течение всего периода госпитализации. При этом, в период лечения в круглосуточном или дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений диализа (эритропоэз стимулирующие препараты, препараты железа, фосфат связывающие вещества, кальцимитетики, препараты витамина D и др.). В случае, если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

Учитывая особенности оказания услуг диализа, включающего различные методы, в случаях госпитализации пациента, получающего диализ, в стационарные отделения медицинских организаций, не имеющих в своей структуре отделения диализа, и невозможности проведения заместительной почечной терапии методом диализа в медицинской организации, в которую госпитализирован пациент, услуги диализа осуществляются в амбулаторных условиях в других медицинских организациях и предъявляются к оплате в соответствии с порядком оплаты услуг диализа в амбулаторных условиях.

При этом медицинская организация, оказавшая пациенту специализированную медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, предъявляет к оплате данный случай лечения по тарифу КСГ основного заболевания с указанием сопутствующего диагноза хронической почечной недостаточности.

Для больных с диагнозом хронической почечной недостаточности, находящихся на программном и перитонеальном диализе, правила контроля, объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи при повторных госпитализациях не применяются.

Случай лечения с оказанием услуг диализа в амбулаторно-поликлинических условиях, предъявленный одной медицинской организацией, подлежит оплате без учета пересечения сроков лечения с предъявленным другой медицинской организацией по тарифам КСГ для круглосуточного стационара.

Пациенты, направленные из дневного стационара в круглосуточный стационар для проведения гемодиализа, и наоборот, считаются выписанными и поступившими соответственно, на них заполняются две статистические карты выбывшего, то же касается поступления и выписки в пределах одной медицинской организации.

2.5.2. При проведении диагностических, консультативных, лабораторных услуг, ПЭТ/КТ и телемедицинских консультаций, патолого-анатомических вскрытий

Все виды диагностических, консультативных и лабораторных услуг, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/КТ, телемедицинские консультации, выполненные на госпитальном этапе (в период госпитализации пациента) в рамках стандарта по основному заболеванию (установленному основному клиническому диагнозу), являющемуся поводом для госпитализации в круглосуточный или дневной стационар, входят в стоимость клинико-статистической группы заболевания и как отдельные услуги не оплачиваются.

Проведение патолого-анатомических вскрытий в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти **застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации)** по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу ОМС, в указанных медицинских организациях осуществляется за счет средств ОМС.

При этом возмещение расходов медицинской организации, имеющей в своей структуре патолого-анатомическое отделение, на проведение патолого-анатомических вскрытий осуществляется в рамках оплаты **прерванного случая госпитализации** по соответствующей КСГ.

При проведении за счет средств ОМС патолого-анатомических вскрытий

пациентов, умерших в стационаре медицинских организаций, в которых отсутствует патолого-анатомическое отделение, оплата патолого-анатомических вскрытий осуществляется медицинскими организациями в рамках межучрежденческих расчетов по тарифу, предусмотренному в Приложении 14 Тарифного соглашения.

Оплата за проведение патолого-анатомических вскрытий во всех других случаях, кроме смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу ОМС, осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

2.5.3. По профилю «Медицинская реабилитация»

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

Отнесение к КСГ st37.001-st37.018 и ds37.001-ds37.012, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В) в большинстве случаев вне зависимости от диагноза. В КСГ, используемые для оплаты медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями центральной нервной системы, дополнительно включен диагноз «Рассеянный склероз» (код МКБ-10 G35). Также для отнесения к группе КСГ учитываются иные классификационные критерии, перечень которых представлен с расшифровкой в таблице пункта 20 приложения 9 Методических рекомендаций.

Для отнесения к КСГ st37.001-st37.013, st37.021-st37.026, ds37.001-ds37.008, ds37.015-ds37.016 применяется классификационный критерий – оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШМР) (Приложение 35 Тарифного соглашения) в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н. Для отнесения к КСГ st37.005-st37.007, st37.011-st37.013, ds37.003-ds37.004, ds37.007-ds37.008 случаев медицинской реабилитации детей применяется классификационный критерий – уровень курации, установленный порядком организации медицинской реабилитации детей, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 октября 2019 г. № 878н. В целях учета таких случаев медицинской реабилитации детей добавлены иные классификационные критерии «ykur1-ykur4», «ykur3d12», «ykur4d18», соответствующие степени сложности проведения медицинской реабилитации, а также в сочетании с минимальной длительностью лечения.

При оценке 0-1 балла по ШРМ пациент не нуждается в медицинской реабилитации. При оценке 2 балла по ШРМ и «ykur1» пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ и «ykur2» медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, утвержденной приказом МЗ ЯО. При оценке 4-5-6 по ШРМ и «ykur3-ukur4», «ykur3d12», «ykur4d18» пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

Отнесение к ряду КСГ по профилю «Медицинская реабилитация» осуществляется по кодам иных классификационных критериев, предусматривающих длительность лечения:

- для st37.002 «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (4 балла по ШРМ)» минимальная длительность законченного случая лечения должна составлять не менее 14 дней, иной классификационный критерий «rb4d14»;

- для st37.003 «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (5 баллов по ШРМ)» минимальная длительность законченного случая лечения должна составлять не менее 20 дней, иной классификационный критерий «rb5d20»;

- для st37.006 «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (4 балла по ШРМ)» минимальная длительность законченного случая лечения должна составлять не менее 12 дней, иной классификационный критерий «rb4d12»;

- для st37.007 «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (5 баллов по ШРМ)» минимальная длительность законченного случая лечения должна составлять не менее 18 дней, иной классификационный критерий «rb5d18».

Для продолжительной медицинской реабилитации st37.024 – st37.026 минимальная длительность законченного случая лечения должна составлять 30 дней.

В случае, если при оказании медицинской помощи по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 длительность лечения менее предусмотренных соответствующими классификационными критериями значений, случай лечения является прерванным и оплачивается в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения.

Для КСГ случаев медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (st37.001-st37.003, st37.024 и ds37.001-ds37.002) предусмотрена возможность кодирования применения ботулинического токсина в

сочетании с оценкой по ШРМ (3 – 5 в стационарных условиях и 2 – 3 в условиях дневного стационара) и длительностью лечения. Стоимость данных КСГ увеличена с учетом возможности применения ботулинического токсина, при этом введение ботулинического токсина не является обязательным.

Также в стационарных условиях для КСГ st37.002-st37.003, st37.024 предусмотрена возможность кодирования применения ботулинического токсина в сочетании с применением роботизированных систем, длительностью лечения и оценкой по ШРМ.

В целях учета случаев лечения с применением ботулинического токсина добавлены иные классификационные критерии «rbb2», «rbb3», «rbbp4», «rbbp5», «rbb4d14», «rbb5d20», соответствующие оценке по шкале реабилитационной маршрутизации в сочетании с применением ботулинического токсина и с учетом минимальной длительности лечения. Для учета случаев лечения с применением ботулинического токсина в сочетании с применением роботизированных систем, включающих, в том числе, оценку по ШРМ и длительность лечения, добавлены иные классификационные критерии «rbbprob4», «rbbprob5», «rbbrob4d14» и «rbbrob5d20».

Для КСГ случаев медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (st37.002-st37.003, st37.024), опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (st37.006-st37.007, st37.025) предусмотрена возможность кодирования применения роботизированных систем. Отнесение случая к данным КСГ осуществляется с учетом иного классификационного критерия «rbprob4», «rbprob5», «rbrob4d14», «rbrob5d20», «rbrob4d12», «rbrob5d18», обозначающего, в том числе, оценку по шкале реабилитационной маршрутизации и минимальную длительность лечения.

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

Отнесение случая к КСГ st37.026 «Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы и с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (сестринский уход)» осуществляется по коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг в сочетании с иным классификационным критерием, отражающим сестринский уход в сочетании с оценкой по ШРМ 5 баллов в стационарных условиях («rbps5»).

КСГ st37.021-st37.023 и ds37.015-ds37.016 формируются по соответствующему коду МКБ-Х в сочетании с медицинской услугой B05.027.001 «Услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего операцию по поводу онкологического заболевания». КСГ для случаев медицинской реабилитации пациентов, перенесших новую

коронавирусную инфекцию (COVID-19), формируются по коду иного классификационного критерия «rb2cov»-«rb5cov», отражающего признак перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), а также оценку по ШРМ (2-5 баллов соответственно).

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

Отнесение к КСГ «Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохlearной имплантации» (КСГ st37.015 и ds37.010) осуществляется по коду медицинской услуги В05.028.001 «Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями органа слуха» или В05.046.001 «Слухо-речевая реабилитация глухих детей с кохlearным имплантом» в сочетании с двумя классификационными критериями: возраст до 18 лет (код 5) и код классификационного критерия «rbs».

Классификационный критерий «rbs» означает обязательное сочетание 2-х медицинских услуг: В05.069.005 «Разработка индивидуальной программы дефектологической реабилитации», В05.069.006 «Разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации».

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

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

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

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

Для оплаты случаев медицинской реабилитации в детских реабилитационных отделениях в условиях круглосуточного и дневного стационара в перечне КСГ предусмотрены следующие группы: st37.027, ds37.017 – в нейрореабилитационном отделении; st37.028, ds37.018 – в соматическом реабилитационном отделении; st37.029, ds37.019 – в ортопедическом реабилитационном отделении.

Для оплаты случаев комплексной медицинской реабилитации после протезирования нижних конечностей с установкой постоянного экзопротеза, в том числе с болевым синдромом, в условиях круглосуточного стационара в перечне КСГ предусмотрена группа st37.030.

Отнесение к данным КСГ осуществляется по кодам иных классификационных критериев, предусматривающих, в том числе, длительность лечения.

Оплата случаев перевода пациента после оказания специализированной (в т.ч. высокотехнологичной медицинской помощи) медицинской помощи в отделения реабилитации, в том числе в пределах одной медицинской организации, осуществляется отдельно, при условии выполнения порядка оказания медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

2.5.4. По профилю «Онкология»

Коэффициенты относительной затратоемкости КСГ «Онкология» в стационарных условиях и в условиях дневного стационара установлены Программой, оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «Онкология», включенных в базовую программу, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой.

При расчете тарифа по лекарственной терапии онкологических заболеваний учтено использование нагрузочных доз, в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения, а также учтена сопутствующая терапия для коррекции нежелательных явлений (например, противорвотные препараты, препараты, влияющие на структуру и минерализацию костей и др.) и для лечения и профилактики осложнений основного заболевания.

При назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением указанных лекарственных препаратов, для лечения отдельных нозологий, необходимо

обязательное проведение молекулярно-генетических исследований и (или) иммуногистохимических исследований (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии):

№ п/п	Наименование МНН	Код МКБ-Х	Код маркера	Результат исследования
1	Абемациклиб	C50	HER2	Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2
2	Алектиниб	C34	ALK/ROS1	Наличие транслокации в генах ALK или ROS1
3	Вемурафениб	C43	BRAF	Наличие мутаций в гене BRAF
4	Гефитиниб	C34	EGFR	Наличие мутаций в гене EGFR
5	Дабрафениб	C34, C43	BRAF	Наличие мутаций в гене BRAF
6	Кобиметиниб	C43	BRAF	Наличие мутаций в гене BRAF
7	Кризотиниб	C34	ALK/ROS1	Наличие транслокации в генах ALK или ROS1
8	Лапатиниб	C50, C18, C19, C20	HER2	Гиперэкспрессия белка HER2
9	Олапариб	C25, C50, C48.0, C48.1, C48.2, C56, C57, C61	BRCA	Наличие мутаций в генах BRCA
10	Осимертиниб	C34	EGFR	Наличие мутаций в гене EGFR
11	Палбоциклиб	C50	HER2	Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2
12	Панитумумаб	C18, C19	RAS	Отсутствие мутаций в гене RAS
13	Пертузумаб	C18, C19, C50	HER2	Гиперэкспрессия белка HER2
14	Рибоциклиб	C50	HER2	Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2
15	Талазопариб	C50	BRCA	Наличие мутаций в генах BRCA
16	Талазопариб	C50	HER2	Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2
17	Траметиниб	C34, C43	BRAF	Наличие мутаций в гене BRAF
18	Трастузумаб	C07, C08, C15, C16, C18, C19, C50, C54	HER2	Гиперэкспрессия белка HER2
19	Трастузумаб эмтанзин	C50	HER2	Гиперэкспрессия белка HER2
20	Церитиниб	C34	ALK/ROS1	Наличие транслокации в генах ALK или ROS1

Перечень лекарственных препаратов определен в приложении 13 Методических рекомендаций.

Отнесение случая лечения к хирургическим КСГ по профилю «онкология» производится при комбинации диагнозов C00-C80, C97 и D00-D09 и услуг, обозначающих выполнение оперативного вмешательства (перечень КСГ по хирургической онкологии приведен в Приложении 36 Тарифного соглашения).

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

В случае если злокачественное новообразование выявлено в результате госпитализации с целью оперативного лечения по поводу неонкологического заболевания (доброкачественное новообразование, кишечная непроходимость и др.) отнесение к КСГ и оплата осуществляются в соответствии с классификационными критериями по коду медицинской услуги без учета кода диагноза злокачественного новообразования.

Случаи проведения поддерживающей терапии и симптоматического лечения пациента со злокачественным новообразованием (при этом больному не оказывалось услуг, являющихся классификационным критерием (химиотерапии, лучевой терапии, хирургической операции)) подлежат оплате по КСГ st36.012 и ds36.006 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения».

При экспертизе качества медицинской помощи целесообразно обращать внимание на обоснованность подобных госпитализаций.

В соответствии с Программой по указанным КСГ, а также по КСГ st19.090-st19.093 и ds19.063-ds19.066 «ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения» может осуществляться оплата случаев введения медицинской организацией лекарственных препаратов, предоставленных пациентом или иной организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования (за исключением лекарственных препаратов приобретенных пациентом или его представителем за счет личных средств).

Оплата случаев госпитализаций в отделения/медицинские организации неонкологического профиля, когда в ходе обследования выявлено злокачественное новообразование, с последующим переводом (выпиской) больного для лечения в профильной организации, оплата случаев госпитализаций в отделения онкологического профиля с диагностической целью (включая также необходимость проведения биопсии) производится по КСГ st27.014 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования». Отнесение случая к этой группе осуществляется с применением соответствующего кода номенклатуры из раздела «В».

Оплата КСГ ds19.033 «Госпитализация в диагностических целях с проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования или иммунофенотипирования» осуществляется в случае госпитализации с обязательным выполнением биопсии при подозрении на злокачественное новообразование и

проведением диагностических молекулярно-генетических и/или иммуногистохимических исследований или обязательное выполнение трепанобиопсии/или забора крови (другой биологической жидкости) с последующим проведением иммунофенотипирования методом проточной цитофлуориметрии (по коду иного классификационного критерия «mgi» и «ftg»).

В случае если в условиях дневного стационара пациенту выполнена биопсия, являющаяся классификационным критерием КСГ с коэффициентом затратоемкости, превышающим коэффициент затратоемкости КСГ ds19.033, оплата такой госпитализации осуществляется по КСГ с наибольшим коэффициентом затратоемкости.

Оплата случаев оказания медицинской помощи **по лучевой терапии** осуществляется на основании кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг и в ряде случаев количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций).

Диапазон числа фракций

Диапазон фракций	Расшифровка
fr01-05	Количество фракций от 1 до 5 включительно
fr06-07	Количество фракций от 6 до 7 включительно
fr08-10	Количество фракций от 8 до 10 включительно
fr11-20	Количество фракций от 11 до 20 включительно
fr21-29	Количество фракций от 21 до 29 включительно
fr30-32	Количество фракций от 30 до 32 включительно
fr33-99	Количество фракций от 33 включительно и более

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

В случае отсутствия указания кода диапазона фракций в Расшифровке групп, отнесение случая к соответствующей КСГ осуществляется вне зависимости от числа фракций.

Отнесение случаев к группам st19.103, st19.104 и ds19.079, охватывающим случаи **лечения лучевых повреждений**, осуществляется на основании сочетания кода МКБ-Х, соответствующего лучевым повреждениям, дополнительного кода С., а также иного классификационного критерия «olt», отражающего состояние после перенесенной лучевой терапии, и в части st19.104 кодов Номенклатуры медицинских услуг.

Для оплаты случаев **лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией** и лекарственными препаратами предусмотрены соответствующие КСГ. Отнесение к группам осуществляется по коду МКБ-Х, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг с учетом количества дней проведения лучевой

терапии (числа фракций), а также кода МНН лекарственных препаратов. В случае отсутствия указания кода диапазона фракций в Расшифровке групп, отнесение случая к соответствующей КСГ осуществляется вне зависимости от числа фракций.

Перечень кодов МНН лекарственных препаратов, для которых предусмотрена оплата по КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией, с расшифровкой содержится на вкладке «МНН ЛП» файла «Расшифровка групп».

Случай лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией оплачивается с применением коэффициента дифференциации и коэффициента специфики к доле заработной платы и прочих расходов в составе тарифа.

В случае применения лекарственных препаратов, не относящихся к определенному в Методических рекомендациях перечню МНН лекарственных препаратов применяемых в сочетании с лучевой терапией, оплата случая осуществляется по соответствующей КСГ для случаев проведения лучевой терапии.

Оплата случаев лекарственного лечения злокачественных новообразований у взрослых (кроме ЗНО кроветворной и лимфоидной ткани) st19.163-st19.181 и ds19.135-ds19.156, осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (C00-C80, C97, D00-D09) и кода схемы лекарственной терапии (sh0001 – sh9003).

При этом указание в реестре счетов на оплату медицинской помощи услуги А25.30.033 «Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у взрослых» аналогично другим услугам, в том числе не являющимся тарифообразующими, возможно в соответствии с Общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79.

За законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанному в столбце «Количество дней введения в тарифе» листа «Онкология, схемы ЛТ». 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 госпитализации¹.

¹ Пример подбора схемы лечения, в зависимости от количества дней введения, приведен в пункте 11 Приложения 9 Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации 19.02.2024 № 31-2/200 и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 19.02.2024 № 00-10-26-2-06/2778.

Если выполненная схема лекарственной терапии злокачественного новообразования, не включена в качестве классификационного критерия ни в одну из представленных «Группировщиком» схем или выполнена лекарственными препаратами, не включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, если способ введения (в случае указания лекарственных препаратов в схеме) или скорость введения (в случае указания лекарственных препаратов в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в «Группировщике», то оплата производится по коду sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям 1-6 пунктов 2.3.1. или 2.4.1. Тарифного соглашения.

При соблюдении применения всех лекарственных препаратов, указанных в составе схемы лекарственной терапии, в случае назначения дополнительных лекарственных препаратов, применяемых в качестве сопроводительной терапии, случай кодируется по коду основной схемы, а назначение дополнительных лекарственных препаратов, не относящихся к противоопухолевой лекарственной терапии, не может служить основанием для применения кода схемы sh9003 в целях кодирования случая противоопухолевой лекарственной терапии.

Схемы с лекарственными препаратами, не включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, также кодируются как sh9003.

Отнесение случаев к группам st08.001-st08.003 и ds08.001-ds08.003, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у детей, производится на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С, D45-D47», кодов Номенклатуры и возраста – от 0 дней до 18 лет, от 0 до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях с целью продолжения лечения, которое начато в возрасте до 18 лет. Отнесение к указанным КСГ производится по коду Номенклатуры – А25.30.014 Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей.

Пациентам в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях с целью продолжения лечения, которое начато в возрасте до 18 лет, первичная специализированная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, могут быть оказаны в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь детям по профилю «детская онкология», в случаях и при соблюдении условий, установленных порядком оказания медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской

Федерации, и в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 мая 2022 г. № 344н «Об утверждении перечня заболеваний или состояний (групп заболеваний или состояний), при которых страдающие ими лица, достигшие совершеннолетия, вправе до достижения ими возраста 21 года наблюдаться и продолжать лечение в медицинской организации, оказывавшей им до достижения совершеннолетия медицинскую помощь при таких заболеваниях или состояниях (группах заболеваний или состояний)». Случаи продолжения лечения таких пациентов в детской медицинской организации по схемам лекарственной терапии, описанным в клинических рекомендациях для возрастной категории «дети», оплачиваются в рамках КСГ st08.001 и ds08.001 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети», st08.002 и ds08.002 «Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети», st08.003 и ds08.003 «Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети». При этом классификационным критерием отнесения данного случая к соответствующей КСГ является комбинация кода возрастной категории пациента «7», отражающего возраст пациента от 0 до 21 года, кода диагноза основного заболевания (код МКБ-Х) и кода услуги А25.30.014 «Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей». Данные случаи требуют проведения медико-экономической экспертизы и, при необходимости, экспертизы качества медицинской помощи.

Случаи оказания медицинской помощи детям при онкологических заболеваниях с использованием пэгаспаргазы и иных лекарственных препаратов, ранее централизованно закупаемых по отдельным решениям Правительства Российской Федерации, подлежат оплате по КСГ st08.002 и ds08.002 «Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети», предусмотренным Программой, определенным с учетом кода диагноза пациента (учитывая достаточность стоимости данных КСГ).

В случае недостаточности стоимости КСГ, установление отдельных тарифов на оплату соответствующей медицинской помощи возможно путем выделения подгрупп в составе соответствующих КСГ, предусмотренных Программой.

Оказание медицинской помощи в рамках указанных тарифов осуществляется при наличии медицинских показаний, решения соответствующей врачебной комиссии (консилиума) или рекомендаций профильной федеральной медицинской организации (национального медицинского исследовательского центра), в том числе по результатам консультации с использованием телемедицинских (дистанционных) технологий.

Если пациенту оказывается медицинская помощь в соответствии с классификационными критериями, включенными в КСГ (в том числе схема

лекарственной терапии, хирургическое вмешательство, возрастная группа пациента), оплата осуществляется по КСГ, выбранной по общим правилам отнесения случаев к КСГ. В случае, если пациенту проводится лекарственная терапия, которую невозможно отнести к определенной схеме лекарственной терапии, оплата осуществляется по КСГ по профилю «Детская онкология», выбранной в зависимости от диагноза пациента.

Отнесение случаев к группам лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей (КСГ st19.090-st19.102 и ds19.063-ds19.078) осуществляется по сочетанию кода МКБ-Х (коды С81-С96, D45-D47), кода длительности госпитализации, а также, при наличии, кода МНН или АТХ группы применяемых лекарственных препаратов.

Учитывая, что при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей в ряде случаев длительность госпитализации может значительно превышать 30 дней, предполагается ежемесячная подача счетов на оплату, начиная с 30 дней от момента госпитализации. Для каждого случая, предъявляемого к оплате, отнесение к КСГ осуществляется на основании критериев за период, для которого формируется счет.

В случае если между последовательными госпитализациями перерыв составляет 1 день и более, то к оплате подаются 2 случая. При этом не допускается предъявление к оплате нескольких случаев в течение 30 дней, если перерыв между госпитализациями составлял менее 1 дня (дата начала следующей госпитализации следовала сразу за датой выписки после предыдущей госпитализации). Также не допускается сочетание в рамках одного случая госпитализации и/или одного периода лечения оплаты по КСГ и по нормативу финансовых затрат на случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Отражение в реестре счетов на оплату медицинской помощи сведений о количестве и стоимости введенного лекарственного препарата каждому пациенту является обязательным.

Оплата КСГ st19.037 «Фебрильная нейтропения, агранулоцитоз вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований» производится в случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз являются основным поводом для госпитализации после перенесенного специализированного противоопухолевого лечения. В случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз развивается у больного в ходе госпитализации с целью проведения специализированного противоопухолевого лечения, оплата производится по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Отнесение случаев лечения к КСГ st19.037 осуществляется по сочетанию двух кодов МКБ-Х (код МКБ-Х из перечня С., D00-D09, D45-D47 и код МКБ-Х D70

Агранулоцитоз). Учитывая, что кодирование фебрильной нейтропении, агранулоцитоза по данной КСГ осуществляется в случаях госпитализации по поводу осложнений специализированного противоопухолевого лечения, в столбце «Основной диагноз» необходимо указать диагноз, соответствующий злокачественному заболеванию, а код D70 необходимо указать в столбце «Диагноз осложнения». В случае если код D70 указан в столбце «Основной диагноз», случай лечения будет отнесен к другой КСГ, не связанной с лечением злокачественного новообразования.

Если основным поводом для госпитализации являлась установка, замена порт-системы для лекарственной терапии злокачественных новообразований, то к оплате медицинская организация может выставить КСГ st19.038 (ds19.028) «Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований». Оплата осуществляется по кодам МКБ-Х (С., D00-D09, D45-D47) и коду Номенклатуры А11.12.001.002 «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).

Если больному в рамках одной госпитализации устанавливают, меняют порт систему (катетер) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения, оплата осуществляется по двум КСГ.

Отнесение к КСГ st19.122 «Посттрансплантационный период после пересадки костного мозга» осуществляется по коду иного классификационного критерия «gbpt», соответствующего посттрансплантационному периоду для пациентов, перенесших трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток крови и костного мозга (от 30 до 100 дней).

2.5.5. Оплата случаев лечения по профилю «Офтальмология»

Выполнение косметических процедур за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

В связи с этим оплата по КСГ 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» и А16.26.047 «Кератомилез» – 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».

Оплата услуги А16.26.093.002 «Факоемульсификация с имплантацией интраокулярной линзы» осуществляется по КСГ st21.009 «Операции на органе зрения (факоемульсификация с имплантацией ИОЛ)» и ds21.007 «Операции на органе зрения (факоемульсификация с имплантацией ИОЛ)».

Оплата услуги А16.26.093 «Факоемульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация» осуществляется только при наличии противопоказаний к имплантации интраокулярной линзы, отраженных в первичной медицинской документации.

Выявление данных случаев необходимо осуществлять в рамках проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Кодирование медицинского вмешательства по КСГ st21.006 «Операции на органе зрения (уровень 6)» по коду услуги А16.26.089 «Витреоектомия» не допускается при проведении передней витреоектомии - данные вмешательства должны кодироваться по КСГ st21.003 «Операции на органе зрения (уровень 3)» по коду услуги А16.26.089.001 «Витрэктомия передняя».

Оплата услуги А16.26.086.001 «Интравитреальное введение лекарственных препаратов» осуществляется по КСГ st21.010 «Интравитреальное введение лекарственных препаратов (уровень 1)», st21.011 «Интравитреальное введение лекарственных препаратов (уровень 2)» и ds21.008 «Интравитреальное введение лекарственных препаратов (уровень 1)», ds21.009 «Интравитреальное введение лекарственных препаратов (уровень 2)».

2.5.6. 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».

Отнесение к КСГ st02.003 «Родоразрешение» при любом основном диагнозе класса XV. Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99), включенном в данную КСГ, производится при комбинации с любой из следующих услуг: V01.001.006, V01.001.009, V02.001.002, A16.20.007, A16.20.015, A16.20.023, A16.20.024, A16.20.030. Если нет закодированных услуг, соответствующих родоразрешению, случай относится к КСГ st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью».

Большинство услуг, представляющих собой акушерские манипуляции, операции, не используется в группировке, их проведение уже учтено при расчете коэффициента относительной затратноемкости случаев в соответствующей КСГ.

При выполнении операции кесарева сечения (А16.20.005 «Кесарево сечение») случай относится к КСГ st02.004 вне зависимости от диагноза. Если в ходе оказания медицинской помощи роженице выполнялась операция, входящая в КСГ st02.012 или st02.013 (операции на женских половых органах уровней 3 и 4), например, субтотальная или тотальная гистерэктомия, отнесение случая производится к КСГ по коду операции.

В случае дородовой госпитализации в отделение патологии беременности и пребывания в этом отделении 6 дней и более с последующим переводом в другое отделение для родоразрешения, оплата одного пролеченного случая осуществляется по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение».

При этом оплата по двум КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней с последующим переводом в другое отделение для родоразрешения при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-Х:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;
- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;
- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;
- O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

В случае дородовой госпитализации в отделение патологии беременности и пребывания в этом отделении менее 6 дней с последующим переводом в другое отделение для родоразрешения оплата осуществляется по одной КСГ с наибольшим размером оплаты, за исключением случаев, указанных выше.

КСГ st01.001 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» может быть подана на оплату только медицинскими организациями, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода (в части ОМС) в соответствии с приказом МЗ ЯО.

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

В соответствии с Программой распределение объемов медицинской помощи по проведению экстракорпорального оплодотворения осуществляется для медицинских организаций, выполнивших не менее 100 случаев экстракорпорального оплодотворения за предыдущий год (за счет всех источников финансирования).

В модели КСГ дневного стационара предусмотрены КСГ ds02.008-ds02.011, учитывающие возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения (в соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий), а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов:

I этап – стимуляция суперовуляции;

II этап – получение яйцеклетки;

III этап – экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;

IV этап – внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

Дополнительно в процессе проведения процедуры ЭКО возможно осуществление криоконсервации полученных на III этапе эмбрионов. При этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

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 КСГ производится по результату медицинской услуги. Оплате подлежит КСГ с обязательным условием выполнения основной медицинской услуги и указанием дополнительных услуг.

Отнесение к КСГ случаев проведения ЭКО осуществляется на основании иных классификационных критериев «ivf1»-«ivf7», отражающих проведение различных этапов цикла ЭКО (полная расшифровка кодов ДКК представлена в справочнике «ДКК» в файле MS Excel «Расшифровка групп» соответствующего приложения Методических рекомендаций).

В случае если базовый цикл ЭКО завершен по итогам I этапа («ivf2»), I-II этапов («ivf3»), I-III этапов без последующей криоконсервации эмбрионов («ivf4»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.009 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2)».

В случае проведения первых трех этапов цикла ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов («ivf5»), а также проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов цикла ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов («ivf6»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)».

В случае проведения в рамках одного случая всех этапов цикла ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов («ivf7»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.011 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4)».

В случае проведения цикла ЭКО с применением криоконсервированных эмбрионов («ivf1»), случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.008 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)».

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

2.5.8. 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 при наличии кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой.

Оплата случаев лечения с применением данных медицинских услуг осуществляется по двум КСГ – по сочетанию КСГ для оплаты лечения основного заболевания, являющегося поводом для госпитализации, и одной из вышеуказанных КСГ.

Отнесение случаев лечения 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 при соответствии кода МКБ-Х (основное заболевание) и кода иного классификационного критерия (it1).

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 37 Тарифного соглашения.

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

**2.5.9. Оплата случаев лечения по КСГ st36.027 – st36.047 и ds36.014 – ds36.035
«Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и
селективных иммунодепрессантов»**

КСГ st36.027 и ds36.014 применяются для оплаты проведения инициации или замены генно-инженерных биологических лекарственных препаратов и селективных иммунодепрессантов для заболеваний и состояний, по которым не предусмотрена инициация или замена генно-инженерных биологических лекарственных препаратов и селективных иммунодепрессантов, либо предусмотрено назначение только генно-инженерных биологических лекарственных препаратов без возможности применения селективных иммунодепрессантов, в рамках оказания ВМП.

Отнесение к КСГ st36.027 и ds36.014 осуществляется по сочетанию кода диагноза МКБ-Х, возрастной категории пациента и иного классификационного критерия «ip» или «inc», предусматривающего инициацию или замену генно-инженерных биологических лекарственных препаратов или селективных иммунодепрессантов, по следующим комбинациям:

- кода МКБ-Х, кода возраста «б» (старше 18 лет) и кода иного классификационного критерия «ip», соответствующего терапии с инициацией или заменой генно-инженерных биологических лекарственных препаратов или селективных иммунодепрессантов;

- кода МКБ-Х, кода возраста «б» (старше 18 лет) и кода иного классификационного критерия «inc», соответствующего терапии с инициацией или заменой селективных иммунодепрессантов;

- кода МКБ-Х и кода иного классификационного критерия «ip», соответствующего терапии с инициацией или заменой генно-инженерных биологических лекарственных препаратов или селективных иммунодепрессантов.

Поликомпонентная лекарственная терапия с включением (инициацией и заменой) генно-инженерных биологических лекарственных препаратов и селективных иммунодепрессантов предполагает возможность повторной госпитализации, требующейся в связи с применением насыщающих доз в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата как в рамках модели КСГ, так и при оказании ВМП.

Отнесение к КСГ st36.028 – st36.047 и ds36.015 – ds36.034 производится по комбинации кода возраста «5» (от 0 дней до 18 лет) или «б» (старше 18 лет) и иного классификационного критерия из диапазона «gsh001»-«gsh154», соответствующего МНН лекарственного препарата, наименованию и описанию схемы, количеству дней введения в соответствии со справочником «ГИБП, схемы ЛТ» файла «Расшифровка групп». Код возраста не указан для схем, применение которых возможно у детей и взрослых, при этом оплата не зависит от возраста пациента.

Периодичность подачи счетов на оплату случаев госпитализации при лечении одного пациента по КСГ st36.027 – st36.047 и ds36.014 – ds36.034 определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по соответствующей нозологии.

Выбор КСГ для оплаты случая лечения осуществляется по общим правилам. В ряде случаев стоимость КСГ, определенной по коду основного заболевания, превышает стоимость КСГ с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов, и оплата в данном случае осуществляется по КСГ, определенной по коду основного заболевания. При этом учитывается фактическая длительность лечения и наличие у КСГ, определяемой по коду основного заболевания, признака прерванности, в случае длительности госпитализации менее 3-х дней.

В случае лечения пациента лекарственными препаратами в таблетированной форме в стационарных условиях оплата случая осуществляется по КСГ, определенной по коду основного заболевания.

2.5.10. Оплата случаев лечения по КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией»

Данная КСГ подлежит оплате, если лечение пациента проводится на геронтологической профильной койке с учетом двух классификационных критериев – основного диагноза пациента (из установленного Расшифровкой групп перечня) и сопутствующего диагноза пациента (R54 – Старческая астения).

2.5.11. Оплата случаев лечения КСГ st29.007 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)»

Оплата лечения по данной КСГ осуществляется при наличии критерия «plt» – травмы в двух и более анатомических областях (голова/шея, позвоночник, грудная клетка, живот, таз, конечности – минимум 2 кода МКБ-Х) или одного диагноза множественной травмы и травмы в нескольких областях тела, и кода МКБ 10 дополнительного диагноза, характеризующего тяжесть состояния (как минимум одного из нижеследующих диагнозов: J94.2, J94.8, J94.9, J93, J93.0, J93.1, J93.8, J93.9, J96.0, N17, T79.4, R57.1, R57.8²).

2.5.12. Оплата случаев лечения сепсиса

² Распределение кодов МКБ-Х, которые участвуют в формировании КСГ st29.007 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)» приведен в таблице пункта 13 Приложения 9 Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации 19.02.2024 № 31-2/200 и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 19.02.2024 № 00-10-26-2-06/2778.

Оплата случаев лечения сепсиса (st12.005, st12.006, st12.007) осуществляется по сочетанию кода диагноза МКБ-Х и возрастной категории пациента и/или иного классификационного критерия «it1». Необходимо учитывать, что сепсис может являться как основным поводом для госпитализации, так и осложнением в ходе продолжающегося лечения основного заболевания. Таким образом, при выставлении случаев лечения сепсиса на оплату необходимо соответствующий диагноз указывать либо в основном диагнозе, либо в диагнозе осложнения. При этом отнесение к указанным КСГ с учетом возрастной категории и/или критерия «it1» сохраняется вне зависимости от того, в каком типе диагноза указан сепсис.

В случае возникновения септических осложнений в ходе госпитализации по поводу ожогов, в целях корректного выставления на оплату случая лечения диагноз септического осложнения также необходимо указывать в диагнозе осложнения. При этом порядок кодирования по классификационным критериям КСГ профиля «Комбустиология» не изменяется.

2.5.13. Оплата случаев лечения по профилю «Комбустиология»

Оплата КСГ по профилю «Комбустиология» (ожоговые группы) осуществляется при комбинации двух диагнозов, один из которых характеризует степень ожога, а другой площадь ожога³.

Исключением являются ожоги дыхательной системы (коды МКБ-Х), при наличии которых случай относится к КСГ st33.006 «Ожоги (уровень 4)» независимо от степени и площади ожога туловища. Ожоги других внутренних органов относятся к КСГ иных профилей.

2.5.14. Оплата случаев по КСГ st12.012 «Грипп, вирус гриппа идентифицирован»

Оплата по данной КСГ производится по комбинации кода МКБ-Х и кодов Номенклатуры.

При идентификации вируса гриппа другими методами (закодированными как услуги, не являющиеся классификационными критериями отнесения случая к КСГ st12.012) и при неидентифицированном вирусе гриппа случай лечения должен быть подан на оплату по КСГ st12.010 «Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с

³ Распределение кодов МКБ-Х, которые участвуют в формировании КСГ по профилю «Комбустиология» приведено в таблице пункта 14 Приложения 9 Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации 19.02.2024 № 31-2/200 и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 19.02.2024 № 00-10-26-2-06/2778.

осложнениями, взрослые» или КСГ st12.011 «Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети» в зависимости от возраста пациента.

2.5.15. Оплата случаев лекарственной терапии при хронических вирусных гепатитах в условиях дневного стационара

Оплата случаев лекарственной терапии по поводу хронического вирусного гепатита С (ХВГС) и хронического вирусного гепатита В с дельта агентом (ХВГD) осуществляется в соответствии с применяемыми схемами лекарственной терапии, представленными в «Группировщике» в справочнике «ХВГ, схемы ЛТ» (только по сочетанию кода диагноза по МКБ -X и иного классификационного критерия «thc» или «thbd», отражающего применение конкретной схемы лекарственной терапии). Детальное описание группировки схем лекарственной терапии ХВГС и ХВГD в КСГ представлено на листе «ХВГ, схемы ЛТ» в составе Группировщика.

Для оплаты лекарственной терапии ХВГС сформированы 13 схем лекарственной терапии, отнесенные к одной из шести КСГ (ds12.022 – ds12.027) для оплаты случаев медицинской помощи при данном заболевании. Коэффициент относительной затратоемкости для указанных КСГ приведен в расчете на усредненные затраты на 28 дней терапии.

Для оплаты случаев лекарственной терапии при ХВГD сформированы 2 схемы лекарственной терапии по КСГ ds12.021 с установленной длительностью одной госпитализации 30 дней.

В рамках КСГ ds12.020 осуществляется оплата случаев лекарственной терапии хронического вирусного гепатита В без дельта агента (ХВГВ), при назначении противовирусной терапии лекарственными препаратами группы нуклеоз(т)идов (A25.14.008.002 – назначение нуклеозидов и нуклеотидов - ингибиторов обратной транскриптазы при хроническом вирусном гепатите В) с установленной длительностью одной госпитализации 30 дней.

Длительность полного курса лекарственной терапии хронических вирусных гепатитов С, D и В, определяется соответствующими клиническими рекомендациями и инструкцией по медицинскому применению тех или иных лекарственных препаратов.

Принимая во внимание длительность полного курса лечения, предполагается, что подача счетов на оплату медицинской помощи оказанной в рамках случая лекарственной терапии возможна со следующего дня после окончания установленной длительности одного случая госпитализации.

Критерии оказания медицинской помощи больным с гепатитом С в условиях дневного стационара и стационарных условиях в соответствии с клиническими

рекомендациями, оплата которой осуществляется за счет средств ОМС, утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.02.2023 № 70н.

2.5.16. Оплата случаев оказания медицинской помощи при эпилепсии

Оплата случаев лечения по поводу эпилепсии в круглосуточном стационаре осуществляется по профилю «Неврология», при этом КСГ st15.005 «Эпилепсия, судороги (уровень 1)» формируется только по коду диагноза по МКБ-Х, а КСГ st15.018, st15.019 и st15.020 формируются по сочетанию кода диагноза и иного классификационного критерия «ер1», «ер2» или «ер3» соответственно, с учетом объема проведенных лечебно-диагностических мероприятий.⁴

2.5.17. Оплата случаев лечения неврологических заболеваний с применением ботулотоксина

Оплата случаев лечения неврологических заболеваний с применением ботулотоксина (st15.008, st15.009, ds15.002, ds15.003) производится при комбинации кода МКБ-Х, кода Номенклатуры А25.24.001.002 «Назначение ботулинического токсина при заболеваниях периферической нервной системы», соответствующего иного классификационного критерия «bt1», «bt2» или «bt3» и при необходимости кода возраста «5».

При одновременном применении ботулотоксина в рамках одного случая госпитализации как при фокальной спастичности нижней конечности, так и при других показаниях, случай подлежит кодированию с использованием кода «bt1».

2.5.18. Оплата отдельных клинико-статистических групп, объединяющих случаи лечения болезней системы кровообращения

Оплата большинства КСГ кардиологического (а также ревматологического или терапевтического) профиля производится путем комбинации двух критериев: МКБ-Х и услуги (КСГ: st13.002, st13.005, st13.007, st24.004, st27.007, st27.009, ds13.002).

Если предусмотренные для отнесения к КСГ услуги не оказывались, случай выставляется на оплату по диагнозу в соответствии с кодом МКБ-Х.

Аналогичный подход применяется при классификации госпитализаций при инфаркте мозга (КСГ st15.015, st15.016). Если никаких услуг, являющихся классификационными критериями, больным не оказывалось, случай должен относиться к КСГ st15.014. Классификационные критерии отнесения к КСГ st15.015 и st15.016 представлены в таблице пункта 10 Приложения 9 Методических рекомендаций.

⁴ Детальное описание группировки приведено в таблице пункта 8 Приложения 9 Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации 19.02.2024 № 31-2/200 и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 19.02.2024 № 00-10-26-2-06/2778.

КСГ st25.004 или ds25.001 «Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы» предназначены для оплаты краткосрочных (не более трех дней) случаев госпитализации, целью которых является затратнооемкое диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения.

Оплата по данным КСГ производится при комбинации критериев: кода услуги, представляющего собой метод диагностического обследования, и кода диагноза, в том числе относящийся к диапазонам «I.» и Q20-Q28 по МКБ-Х для болезней системы кровообращения.

Оплата по КСГ st13.008-st13.010 «Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 1-3) осуществляется на основании иных классификационных критериев «flt1»-«flt5», соответствующих МНН применяемых лекарственных препаратов⁵.

2.5.19. Оплата случаев лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) (st12.015-st12.019)

Оплата по данным КСГ производится при комбинации критериев: кода МКБ-Х (U07.1 или U07.2) и кода иного классификационного критерия: «stt1»-«stt4», отражающего тяжесть течения заболевания, или «stt5», отражающего признак долечивания пациента с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Тяжесть течения заболевания определяется в соответствии с классификацией новой коронавирусной инфекции COVID-19 по степени тяжести, представленной во Временных методических рекомендациях «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации. Каждому уровню тяжести состояния соответствует отдельная КСГ st12.015–st12.018 (уровни 1–4). Коэффициенты относительной затратнооемкости по КСГ st12.016–st12.018 (уровни 2–4), соответствующим случаям среднетяжелого, тяжелого и крайне тяжелого течения, учитывают период долечивания пациента.

Оплата прерванных случаев лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 (st12.015–st12.019) осуществляется по правилам оплаты прерванных случаев (согласно пункту 2.3.1 Тарифного соглашения).

Правила оплаты госпитализаций в случае перевода:

- При переводе пациента после лечения случая коронавирусной инфекции по КСГ

⁵ Детальное описание группировки приведено в соответствующей таблице пункта 10 Приложения 9 Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации 19.02.2024 № 31-2/200 и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 19.02.2024 № 00-10-26-2-06/2778.

st12.015–st12.018 из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара, а также при переводе из одной медицинской организации в другую, если это обусловлено возникновением (наличием) другого заболевания (состояния), входящего в другой класс МКБ–Х и не являющегося следствием прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, – оплате подлежат оба случая лечения в рамках соответствующих КСГ, при этом случай до перевода подлежит оплате как прерванный по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Обязательным требованием для оплаты по двум КСГ в той же медицинской организации является ведение двух историй болезни. Оплата прерванных случаев после перевода осуществляется по правилам оплаты прерванных случаев (согласно пункту 2.3.1 Тарифного соглашения).

- При переводе пациента после лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 по КСГ st12.015–st12.018 на долечивание по КСГ st12.019 в пределах одной медицинской организации оплата осуществляется в рамках одного случая оказания медицинской помощи (по КСГ с наибольшей стоимостью законченного случая лечения заболевания), а при переводе из одной медицинской организации в другую – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания; оплата законченного случая лечения после перевода осуществляется по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)». Оплата прерванных случаев после перевода осуществляется в общем порядке.

- При переводе пациента после лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 по КСГ st12.015–st12.018 на долечивание в амбулаторных условиях – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в общем порядке, определенным Тарифным соглашением.

2.5.20. Оплата случаев лечения по КСГ st36.025, st36.026 и ds36.012, ds36.013 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции»

Оплата по КСГ st36.025, st36.026 и ds36.012, ds36.013 производится при комбинации критериев: кода МКБ–Х Z25.8 «Необходимость иммунизации против другой уточненной одной вирусной болезни», кода возраста «4» (от 0 дней до 2 лет) и кода иного классификационного критерия «irs1» и «irs2», соответствующего введению паливизумаба в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции детям до 2-х месяцев, включительно и детям старше 2-х месяцев

соответственно.

Указанные КСГ могут применяться как самостоятельно, в случае, когда иммунизация против РСВ является основным поводом к госпитализации, так и в сочетании с КСГ или ВМП по профилям «неонатология» или «детская хирургия в период новорожденности» для случаев госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся, в том числе, показанием к иммунизации.

Если иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции оплачивается в сочетании с другой КСГ, то случай следует кодировать с указанием диагноза Z25.8 «Необходимость иммунизации против другой уточненной одной вирусной болезни» в качестве дополнительного диагноза, кодом возраста «4» (от 0 дней до 2 лет) и кодом иного классификационного критерия «irs1» или «irs2».

Детальное описание группировки указанных КСГ для круглосуточного и дневного стационара представлено в таблице пункта 16 Приложения 9 Методических рекомендаций.

2.5.21. Оплата медицинской помощи по КСГ st36.006 и ds36.005 «Отторжение, отмирание трансплантата органов и тканей»

Оплата случая по данным КСГ осуществляется по коду МКБ-Х. Учитывая особенности оказания проводимого лечения в стационарных условиях и дневном стационаре, необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента (2-3 недели). При этом в период лечения, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами.

При проведении экспертизы качества медицинской помощи необходимо оценивать обязательность проводимого лечения в полном объеме.

2.5.22. Оплата медицинской помощи по КСГ st36.013-st36.015 для случаев проведения антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1 – 3)

Отнесение к КСГ st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровни 1 – 3)» осуществляется по коду иного классификационного критерия из диапазона «amt01»-«amt15», соответствующего коду схемы лекарственной терапии в соответствии со справочником «ДКК» файла «Расшифровка групп».

Иные классификационные критерии для данных КСГ включают МНН дорогостоящего лекарственного препарата, назначение которого является критерием отнесения к группе, возможность назначения в составе схем любых других

антимикробных и антимикотических лекарственных препаратов, а также обязательность наличия результатов микробиологического исследования, подтверждающего наличие инфекции, вызванной полирезистентными микроорганизмами.

Оплата случая лечения по указанным КСГ во всех случаях осуществляется в сочетании с КСГ, определенной по коду основного заболевания. В случае последовательного назначения нескольких курсов антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами, осуществляется оплата по нескольким КСГ, однако не допускается выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)» с пересекающимися сроками лечения.

2.5.23. Оплата случаев лечения дерматозов КСГ st06.004 - st06.007 и ds06.002 - ds06.005

Оплата по КСГ st06.004 и ds06.002 «Лечение дерматозов с применением наружной терапии» производится только по коду МКБ-Х (диагнозу).

Оплата по КСГ st06.005 и ds06.003 «Лечение дерматозов с применением наружной терапии, физиотерапии, плазмафереза», st06.006 и ds06.004 «Лечение дерматозов с применением наружной и системной терапии», st06.007 и ds06.005 «Лечение дерматозов с применением наружной терапии и фототерапии» производится при комбинации кода МКБ-Х (диагноза) и иного классификационного критерия из диапазона «derm1» – «derm9», соответствующего примененному виду терапии в соответствии со справочником «ДКК» файла «Расшифровка групп». Для случаев лечения псориаза в ином классификационном критерии также предусмотрена оценка индекса тяжести и распространенности псориаза (PASI).

При сочетании кода МКБ-Х С84.0 «Грибовидный микоз» с иным классификационным критерием «derm4», или «derm5», или «derm7», или «derm8» оплата осуществляется по профилю «Дерматовенерология».

2.5.24. Оплата медицинских услуг в рамках проведения межучрежденческих расчетов в круглосуточном стационаре.

Оплата медицинских услуг при проведении межучрежденческих расчетов за исследования при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара осуществляется в соответствии с Порядком оплаты медицинских услуг при проведении межучрежденческих расчетов (утверждается приказом Территориального фонда обязательного медицинского страхования).

Перечень медицинских организаций, участвующих в проведении межучрежденческих расчетов в условиях круглосуточного стационара, установлены в Приложении 27.2.

Перечень медицинских организаций, участвующих в проведении межучрежденческих расчетов в условиях дневного стационара, установлены в Приложении 27.3.

В межучрежденческих расчетах участвуют следующие виды медицинской помощи:

№ п/п	Наименование	Тарифы установлены
1	патолого-анатомические вскрытия (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патологоанатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных базовую программу ОМС.	Приложение № 27.1
2	межучрежденческие расчеты в условиях круглосуточного стационара (тарифы на оплату микробиологических исследований, выполняемых в бактериологических лабораториях)	Приложение № 27.1
3	межучрежденческие расчеты в условиях круглосуточного и дневного стационара (тарифы на лабораторные исследования на базе ЦКДЛ)	Приложение 27.4

2.6 Способы оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской

2.6 Способы оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а так же в транспортном средстве при медицинской эвакуации), медицинскими организациями, работающими в системе ОМС Ярославской области в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется:

- по подушевому нормативу финансирования;
- за единицу объема медицинской помощи – за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, в том числе оплата медицинской помощи, в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации приведен в Приложении 41.

В рамках подушевого норматива финансирования, в пределах объемов, установленных решением Комиссии, производится оплата вызовов скорой медицинской помощи:

- медицинская транспортировка;
- иные вызовы скорой помощи, в том числе: скорая медицинская помощь (фельдшерская); скорая медицинская помощь (врачебная).

Сверх подушевого норматива финансирования (за единицу объема медицинской помощи – вызов скорой медицинской помощи) в пределах объемов, установленных решением Комиссии, выставляется к оплате по тарифам в соответствии с Приложением 42 медицинская помощь, оказанная вне медицинской организации:

- медицинская помощь, оказанная на территории Ярославской области лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц:

- скорая специализированная медицинская помощь (выездная дистанционная анестезиолого-реанимационная бригада):

- медицинская транспортировка;
- иные вызовы скорой помощи, в том числе: скорая медицинская помощь (фельдшерская); скорая медицинская помощь (врачебная);
- скорая медицинская помощь с проведением тромболизиса.

2.7. Финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов

Расчет месячного и годового размера финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов осуществляется в соответствии с Методикой, приведенной в Приложении 45.

Фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты медицинских организаций, месячные и годовые нормативы финансового обеспечения при условии соблюдения требований приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» представлены в Приложении 22.

Раздел 3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Размер тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», методикой расчета тарифов, представленной в разделе XII приказа Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», и Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденными совместным письмом Минздрава России и «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

Структура тарифов на оплату медицинской помощи и состав компенсируемых расходов по направлениям расходования средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Ярославской области, определяются:

- ст.35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в части перечня страховых случаев и структуры тарифа;

- положениями раздела XII приказа Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;

- положениями разделов IV и V постановления Правительства РФ от 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»;

- письмом Минздрава России «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя:

1) Расходы на оплату медицинской помощи (кроме высокотехнологичной медицинской помощи):

расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества,

включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, которые детализируются в соответствии с порядком, устанавливаемым в соответствии со статьями 18, 23.1 и 165 бюджетного кодекса Российской Федерации, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 400 тысяч рублей за единицу в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

2) Расходы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи:

расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, которые детализируются в соответствии с порядком, устанавливаемым в соответствии со статьями 18, 23.1 и 165 бюджетного кодекса Российской Федерации, расходы на приобретение основных средств в соответствии с Программой;

В соответствии с приказом Минздрава России от 13.12.2022 № 789н затраты на арендную плату в том числе на финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга в соответствии со статьей 624 Гражданского кодекса Российской Федерации при отсутствии у медицинской организации в течение трех месяцев просроченной кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования с ограничением платежа до 1 млн. рублей в год. В случае наличия у медицинской организации просроченной кредиторской задолженности в течение трех

месяцев, то расходы на финансовую аренду (лизинг) или приобретение предмета лизинга включаются в размере, не превышающем четыреста тысяч рублей.

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 (медицинской услуги).

Структура тарифа на оплату специализированной медицинской помощи (в том числе высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях включает в себя проведение патолого-анатомических вскрытий в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающих выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти **застрахованного лица** при получении медицинской помощи в стационарных условиях (**результат госпитализации**) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу ОМС, в указанных медицинских организациях.

Состав затрат по группам, их детализация и особенности определения и распределения представлены в п.193-208 раздела XII приказа Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

При разграничении понятий капитального и текущего ремонтов объектов капитального строительства следует руководствоваться:

- Градостроительным кодексом Российской Федерации от 29.12.2004 № 190-ФЗ;
- ведомственными строительными нормами ВСН 58-88 (р) «Положение об организации и проведении реконструкции, ремонта и технического обслуживания зданий, объектов коммунального и социально-культурного назначения», утвержденных приказом Госкомархитектуры России от 23.11.1988 № 312;

Расходы государственных медицинских организаций в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью свыше 400 тысяч рублей за единицу осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и не входят в средний подушевой норматив финансирования, установленный территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда определяются исходя из потребности в количестве персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги), и потребности в персонале, необходимом для функционирования медицинской организации в целом, в соответствии с

действующей системой оплаты труда, а также достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Ярославской области.

. При определении затрат на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда основного персонала учитываются денежные выплаты стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

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

- медицинским работникам фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

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

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 объемах, 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 Минздрава России от 28.02.2019 №108н 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 в пределах муниципального образования (внутригородского округа), на территории которого расположены: первичную медико-санитарную помощь и (или) паллиативную медицинскую помощь и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь;

2-й уровень - медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие преимущественно специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь населению нескольких муниципальных образований по широкому перечню профилей медицинской помощи, а также специализированные больницы, больницы скорой медицинской помощи, центры, диспансеры;

3-й уровень - медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

Отнесение медицинской организации к третьему уровню оказания медицинской помощи осуществляется при соблюдении лицензионных требований, предъявляемых к медицинским организациям, оказывающим высокотехнологичную медицинскую помощь в соответствии с пунктом 4 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 01 июня 2021 г. № 852 и в случае распределения Комиссией объема на оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

Порядок распределения медицинских организаций на подуровни в пределах второго и третьего уровня в условиях круглосуточного стационара представлен в таблице:

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

Стационарная помощь

Уровень	1	2		3		
Подуровень		2.1	2.2	3.1	3.2	3.3
Коэффициент уровня/подуровня	0,9	1,044	1,1	1,1	1,12	1,19

Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в условиях дневного стационара, по уровням не распределяются.

Коэффициент уровня для всех медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, в условиях дневного стационара равен 1 и является единым на всей территории Ярославской области.

3.1 Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

Для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ярославской области, в расчете на одно застрахованное лицо установлены:

	в год	в месяц
Средний подушевой норматив финансирования	7 789,47	649,12
Базовый (средний) подушевой норматив финансирования	2 448,10	204,01

Базовые нормативы финансовых затрат на оплату медицинской помощи:

1.	Посещений с профилактическими и иными целями, в том числе: комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров комплексных посещений для проведения диспансеризации – всего: в т.ч. 1 этап углубленной диспансеризации в т.ч. 1 этап диспансеризации (кроме углубленной) диспансеризация по оценке репродуктивного здоровья посещений с иными целями	1 007,57 2 621,50 3 206,80 1 384,80 3 043,89 1 843,03 446,41
2.	Посещений в неотложной форме	970,76
3.	Обращений по поводу заболеваний, в том числе проведение:	2 194,70
3.1	Посещения, включенные в обращения в связи с заболеваниями – 2-ой этап диспансеризации	

	в т.ч. 2 этап углубленной диспансеризации	734,35
	в т.ч. 2 этап диспансеризации (кроме углубленной)	656,44
	в т.ч. 2 этап диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья	1381,00
3.2	компьютерной томографии	3 254,85
3.3	магнитно-резонансной томографии	3 569,62
3.4	ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы	700,98
3.5	эндоскопического диагностического исследования	1 273,34
3.6	молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний	10 681,63
3.7	патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии	2 266,99
3.8	ПЭТ/КТ	35 414,40
3.9	ОФЭТ/КТ	4 466,68
3.10	Школа сахарного диабета	1 324,40
4.	Медицинская реабилитация	25 402,59
5.	Диспансерное наблюдение	2 661,10
	онкология	3 757,10
	сахарный диабет	1 418,50
	болезни системы кровообращения	3 154,30
	по прочим заболеваниям	1 498,70

Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, установлены по профилям медицинской помощи, видам приемов, категориям обслуживаемого населения, уровням оказания медицинской помощи указаны в Приложении 10.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи для конкретной медицинской организации KU_{MO}^i устанавливается в соответствии с п. 6.2 Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения.

Коэффициенты уровня (подуровня), применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторно-поликлинической помощи указаны в Приложении 18.

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

1) Половозрастной коэффициент дифференциации $K_{ПВ}^i$ для конкретной медицинской организации рассчитывается с использованием относительных коэффициентов половозрастных расходов для каждой половозрастной группы прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц и их численности в этой группе. Половозрастные коэффициенты дифференциации $K_{ПВ}^i$ учитывают различия в уровне расходов на оказание амбулаторно-поликлинической помощи в зависимости от половозрастной структуры населения. Величина половозрастных коэффициентов дифференциации определяется на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, но не реже одного раза в год, и численности застрахованных лиц за данный период. При этом для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше устанавливается значение половозрастного коэффициента в размере не менее 1,6 (в случае, если расчетное значение коэффициента потребления медицинской помощи по группам мужчин и женщин 65 лет и старше составляет менее 1,6, значение коэффициента принимается равным 1,6).

2) Коэффициента дифференциации $K_{ОТ}^i$ на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала $K_{Дот}$ для отдельных медицинских организаций представлены в Приложении 19.

3) Коэффициент уровня расходов медицинских организаций $K_{Ду}$ в Приложении 18.

4) Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения $K_{Дзп}$ - равен 1.

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

Размеры дифференцированных и фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторно-поликлинической помощи в разрезе медицинских организаций установлены Приложением 18.

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 **8 653,19руб.**

Стоимость законченного случая лечения (СС_{КСГ}) по клинико-статистическим группам (КСГ) рассчитывается по формуле (за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов):

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

где:

БС – базовая ставка рублей;

КЗ_{КСГ} – коэффициент относительной затратноности по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КС_{КСГ} – коэффициент специфики по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (**КС_{КСГ}** устанавливается для конкретной КСГ независимо от уровня оказания медицинской помощи. К КСГ, начинающимся с символов st19 и ds19 профиль «Онкология», st08 и ds08 профиль «Детская онкология», коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1);

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

КД – коэффициент дифференциации. Равен 1;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП) (Приложение 38 к Тарифному соглашению);

* – КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» (равно единице).

Стоимость законченного случая лечения (СС_{КСГ}) по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

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

где:

БС – базовая ставка без учета коэффициент дифференциации, рублей;

КЗ_{КСГ} – коэффициент относительной затратноности по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

Дзп – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, установленное Приложением № 4 к Программе значение, к которому применяется КД, КС и КУС (перечень КСГ с долей заработной платы и прочих расходов перечислены в Приложении 28 к Тарифному соглашению);

$K_{КСГ}$ – коэффициент специфики по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации ($K_{КСГ}$ устанавливается для конкретной КСГ независимо от уровня оказания медицинской помощи. К КСГ, начинающимся с символов st19 и ds19 профиль «Онкология», st08 и ds08 профиль «Детская онкология», коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1));

$K_{УСМО}$ – коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

$K_{Д}$ – коэффициент дифференциации. Равен 1;

$K_{СЛП}$ – коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых $K_{СЛП}$) (Приложение 38 к Тарифному соглашению);

* – $K_{Д}$ не применяется для $K_{СЛП}$ «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» (равно единице).

Норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара составляет **50 603,77руб.**

Базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи соответствует Приложением № 4 к Программе, составляет **32 120,12руб.** 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 на всей территории Ярославской области.

Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников равен 1.

Перечень клинико-статистических групп (КСГ) с коэффициентами относительной затратноемкости по КСГ, к которой отнесен конкретный случай госпитализации, и коэффициентами специфики, приведен в Приложении 28.

Коэффициенты относительной затратноемкости по КСГ соответствуют коэффициентам относительной затратноемкости Перечня, установленного Приложением № 4 к Программе, в соответствии с которым в структуре Методических рекомендаций сформированы Расшифровщики клинико-статистических групп заболеваний для оплаты

медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи рассчитаны в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и Методическими рекомендациями.

К отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющим высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающим (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи (например, аппендэктомия), коэффициент уровня (подуровня) при оплате не применяется (принимается равным 1). Исчерпывающий перечень таких КСГ в стационарных условиях установлен Приложением 28 к Тарифному соглашению.

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) устанавливается к отдельным случаям оказания медицинской помощи в соответствии с Требованиями и приложением 1 к Методическим рекомендациям.

Коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) в условиях круглосуточного стационара, применяются в следующих случаях:

- оказание медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра⁶, возраст определяется на дату поступления в стационар, значение КСЛП=0,2;

- наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации, значение КСЛП=0,6. Перечень указанных заболеваний и состояний, значения коэффициента представлены в Приложении 38 к Тарифному соглашению;

- проведение сочетанных хирургических вмешательств (Приложение 39 к Тарифному соглашению) или проведение однотипных операций на парных органах (Приложение 40 к Тарифному соглашению) по соответствующему уровню:

уровень 1, значение КСЛП=0,05;

уровень 2, значение КСЛП=0,47;

уровень 3, значение КСЛП=1,16;

уровень 4, значение КСЛП=2,07;

уровень 5, значение КСЛП=3,49.

⁶ За исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки

Перечень возможных операций, а также критерии отнесения соответствующих операций к уровню КСЛП определены в приложении 1 Методических рекомендаций.

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.

- предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов в возрасте до 18 лет), за исключением случаев, к которым применяется следующий ниже КСЛП (предусмотренный Требованиями и Методическими рекомендациями), значение КСЛП=**0,2**;

- предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов в возрасте до 18 лет), получающих медицинскую помощь по профилю «детская онкология» и (или) «гематология», значение КСЛП=**0,6**;

- развертывание индивидуального поста – значение КСЛП=**0,2**;

- проведение I этапа медицинской реабилитации пациентов (при соблюдении условий, предусмотренных Требованиями и Методическими рекомендациями) – значение КСЛП=**0,15**;

- проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3) – значение КСЛП = **уровень 1 – 0,17; уровень 2 – 0,61; уровень 3 – 1,53**;

- проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID-19) в период госпитализации – значение КСЛП=**0,05**.

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

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных Требованиями и Методическими рекомендациями, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

В случае применения для расчета стоимости законченного случая лечения коэффициентов сложности лечения пациента в персональном счете обязательно заполняется атрибут «coeff» элемента «KSLP» соответствующим(и) значением(ями): 1 – предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний, дети-инвалиды в возрасте до 18 лет), за исключением аналогичных случаев по профилю «детская онкология» и (или) «гематология»; 2 – предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов в возрасте до 18 лет), получающих медицинскую помощь по профилю «детская онкология» и (или) «гематология», 3 – лечение лиц старше 75 лет, 4 – при необходимости развертывания индивидуального поста, 5 – наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента, 6 – проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 1), 7 – проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 2), 8 – проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 3), 9 – проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 4), 10 – проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 5), 11 - проведение I этапа медицинской реабилитации при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, 14 - проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID-19) в период госпитализации, 15, 16, 17 - проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3).

При заполнении атрибута «coeff» значениями 1 и/или 2, и/или 4 обязательно заполняется атрибут «act_coeff» элемента «coeff» с указанием: для 1 и 2 – медицинские показания для ухода за ребенком старше 4-х лет, для 4 – причины развертывания индивидуального поста.

Применение КСЛП со значением (ями), равными 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 являются поводом для проведения медико-экономической экспертизы и, при необходимости – экспертизы качества медицинской помощи.

Учет сведений о схемах сопроводительной лекарственной терапии в рамках случая лечения, оплата которой осуществляется с использованием КСЛП «проведение

сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)», обеспечивается путем отражения соответствующего кода схемы в поле «CRIT» реестра счетов на оплату медицинской помощи.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденные Программой, приведены в Приложении 30 к Тарифному соглашению.

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 **1987,65руб.**

Норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара составляет **29 685,39руб.**

Базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров всех типов, соответствует Приложению № 4 к Программе и составляет **17 622,00руб.**

Перечень клинико-статистических групп с коэффициентами относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен конкретный случай лечения, и коэффициенты специфики приведены в Приложении 34 к Тарифному соглашению.

Стоимость законченного случая лечения (СС_{КСГ}) по (КСГ) рассчитывается по формуле (за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов):

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

где:

БС – базовая ставка, рублей;

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

КС_{КСГ} – коэффициент специфики. К КСГ, начинающимся с символов ds19 профиль «Онкология» и ds08 профиль «Детская онкология», коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1);

КУС_{МО} – коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент, равен 1 и является единым для всей территории Ярославской области;

КД – коэффициент дифференциации (=1);

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП) (Приложение 38 к Тарифному соглашению);

* – КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» (равно единице).

Стоимость законченного случая лечения (СС_{КСГ}) по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1-Дзп)+Дзп \times КС_{КСГ} \times КУС_{Мо} \times КД) + БС \times КД^* \times КСЛП,$$

где:

БС – базовая ставка без учета коэффициент дифференциации, рублей;

КЗ_{КСГ} – коэффициент относительной затроемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения;

Дзп - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, установленное Приложением № 4 к Программе значение, к которому применяется КД, КС и КУС (перечень КСГ с долей заработной платы и прочих расходов перечислены в Приложение 34 к Тарифному соглашению);

КС_{КСГ} – коэффициент специфики по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (**КС_{КСГ}** устанавливается для конкретной КСГ независимо от уровня оказания медицинской помощи. К КСГ, начинающимся с символов ds19 профиль «Онкология» и ds08 профиль «Детская онкология», коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1));

КУС_{Мо} – коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент, равен 1 и является единым для всей территории Ярославской области;

КД – коэффициент дифференциации (=1);

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП) (Приложение 38 к Тарифному соглашению);

* – КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» (равно единице).

Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников равен 1.

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

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных Требованиями и Методическими рекомендациями, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

Коэффициенты сложности лечения пациента в условиях дневного стационара всех типов, применяемые в случаях проведения сочетанных хирургических вмешательств (Приложение 39 к Тарифному соглашению) или проведения однотипных операций на парных органах (Приложение 40 к Тарифному соглашению) по соответствующему уровню:

уровень 1, значение КСЛП=0,05;

уровень 2, значение КСЛП=0,47;

уровень 3, значение КСЛП=1,16;

уровень 4, значение КСЛП=2,07;

уровень 5, значение КСЛП=3,49.

Перечень возможных операций, а также критерии отнесения соответствующих операций к уровню КСЛП определены в приложении 1 Методических рекомендаций.

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.

При проведении в условиях дневного стационара сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3) применяется КСЛП= **уровень 1 – 0,29; уровень 2 – 1,12; уровень 3 – 2,67.**

В случае применения для расчета стоимости законченного случая лечения коэффициентов сложности лечения пациента в персональном счете обязательно заполняется атрибут «coeff» элемента «KSLP» соответствующим(и) значением(ями): 6 – проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 1), 7 – проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 2), 8 – проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 3), 9 – проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 4), 10 – проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных

операций на парных органах (уровень 5), 18, 19, 20 - проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара (уровень 1-3).

Применение КСЛП со значением (ями), равными 6 – 10 является поводом для проведения медико-экономической экспертизы и, при необходимости – экспертизы качества медицинской помощи.

Учет сведений о схемах сопроводительной лекарственной терапии в рамках случая лечения, оплата которой осуществляется с использованием КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)», обеспечивается путем отражения соответствующего кода схемы в поле «CRIT» реестра счетов на оплату медицинской помощи.

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

В части оплаты скорой медицинской помощи, устанавливается размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ярославской области, в расчете на одно застрахованное лицо и составляет **1 208,42 руб.**

Общий размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ярославской области, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{СМП} = \frac{(N o_{СМП} \times N фз_{СМП}) \times Чз - O C_{MTP}}{Чз}, \text{ где}$$

- $\Phi O_{CP}^{СМП}$ – размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ярославской области, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;
- $N o_{СМП}$ – средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, вызовов;
- $N фз_{СМП}$ – средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой

ОС _{МТР}	–	медицинской помощи вне медицинской организации, установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами Ярославской области, на территории которой выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов, рублей;
Чз	–	численность застрахованного населения Ярославской области, человек.

Численность обслуживаемого подстанцией скорой медицинской помощи населения для целей расчета подушевого норматива финансирования устанавливается с учетом численности застрахованного прикрепленного к медицинским организациям населения в зоне ее обслуживания.

По подушевому нормативу осуществляется финансовое обеспечение скорой медицинской помощи, оказываемой гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве), за исключением расходов на оплату:

- вызовов с проведением тромболитической терапии;
- медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации;
- вызовов выездной дистанционной анестезиолого-реанимационной бригады, в том числе и при перевозке.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из размера среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ярославской области, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле и составляет $ПН_{БАЗ} = 85,64$ руб. в месяц, или **1 027,68 руб. в год**:

$$ПН_{БАЗ} = \frac{ОС_{МП} - ОС_{В}}{Чз \times КД}, \text{ где}$$

$ПН_{БАЗ}$	базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;
$ОС_{В}$	объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в Ярославской области лицам за вызов, рублей.

KD^i коэффициент дифференциации i -той медицинской организации (равен 1,0).

Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций рассчитывается по следующей формуле:

$$ДПн^i = ПН_{БАЗ} \times КС_{ПВ}^i \times КД_{УР}^i \times КД_{ЗП}^i \times КД^i, \text{ где:}$$

- $ДПн^i$ дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей;
- $КС_{ПВ}^i$ коэффициент половозрастного состава i -той медицинской организацией.
- $КД_{УР}^i$ коэффициент уровня расходов медицинских организаций i -той медицинской организацией (равен 1)
- $КД_{ЗП}^i$ Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения организаций i -той медицинской организацией (равен 1).
- $КД^i$ коэффициент дифференциации i -той медицинской организации (равен 1).

Коэффициент половозрастных затрат для конкретной медицинской организации рассчитывается с использованием относительных коэффициентов половозрастных затрат для каждой половозрастной группы застрахованных лиц, обсуживаемых данной медицинской организации, и их численности в этой группе. Относительные коэффициенты половозрастных затрат учитывают различия в уровне затрат на оказание скорой медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры населения. Величина относительных коэффициентов рассчитывается территориальным фондом на основании фактических данных об объемах и стоимости скорой медицинской помощи для каждой половозрастной группы в пределах общего размера средств подушевого финансирования за год, но не менее 6 месяцев, предшествующих утверждению (изменению) Тарифного соглашения.

Размеры дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи и численность застрахованного обслуживаемого населения в разрезе медицинских организаций установлены Приложением 43.

Медицинские организации ежемесячно представляют персонифицированный реестр счетов за оказанную медицинскую помощь, финансируемую по подушевому нормативу и за единицу объема, в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования в соответствии с форматом электронного обмена.

Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации в рамках базовой программы ОМС, приведены в Приложении 42.

Раздел 4. Размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также 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 44.

Страховая медицинская организация (далее – 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 обязательному медицинскому страхованию и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) в соответствии с Порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2021 года № 231н.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением № 5 к приказу Минздрава РФ от 28.02.2019 №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правил)) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{HO}, \text{ где:}$$

H	размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи
PT	размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи
K _{HO}	коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской

помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии приложением № 5 к Правилам

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

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

где:

- Н – размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи
- PT₁ – размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи
- PT₂) – размер тарифа на оплату медицинской помощи за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу)
- K_{HO} – коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии приложением № 5 к Правилам

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

$$C_{шт} = PP \times K_{шт}, \text{ где:}$$

С_{шт} – размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

РП – установленный Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленный территориальной программой на год (за исключением кода

нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением № 5 к Правилам, для которого РП – размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи).

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

Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества приведены в Приложении 44.

Размеры подушевых нормативов финансирования (РП), используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе видов оказания медицинской помощи:

Виды оказания медицинской помощи	Размеры подушевых нормативов финансирования (РП)
Амбулаторно-поликлиническая помощь	7 789,47
Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь	8 653,19
Медицинская помощь в условиях дневного стационара	1 987,65
Скорая медицинская помощь вне медицинской организации	1 208,42

Для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, применяемого к медицинским организациям, финансирование которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, используется значение вышеуказанных подушевых нормативов финансирования в зависимости от условий, в которых фактически была оказана медицинская помощь, подлежащая наложению штрафа, независимо от применяемого способа оплаты.

Раздел 5. Заключительные положения

Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с **01.01.2025** г. и действует до 31.12.2025 г. 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, путем заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

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.

Подписи Сторон:

Министерство здравоохранения Ярославской области

С.В. Луганский

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ярославской области

И.В. Сорочина

Д.В. Смылова

Страховые медицинские организации

Т.Х.Хан

И.С. Желткевич

Ярославская региональная общественная организация «Ассоциация медицинских работников»

А.В. Щеголев

С.Ю. Белокуров

Ярославская областная организация профессионального союза работников здравоохранения РФ

И.И. Комарова

Л.В. Гранова

О.В. Романов

