**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**

**в сфере обязательного медицинского страхования**

**на территории Удмуртской Республики на 2025 год**

г. Ижевск « 27 » декабря 2024 года

**РАЗДЕЛ I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории Удмуртской Республики на 2025 год разрабатывалось и заключалось в соответствии со следующими нормативными правовыми актами:

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

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

постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 №1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»,

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

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

письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.02.2024 № 31-2/200 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19.02.2024 № 00-10-26-2-06/27789 «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (далее - Методические рекомендации МЗ РФ и ФФОМС)».

Сторонами, заключившими Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории Удмуртской Республики на 2025 год (далее - Тарифное соглашение), являются:

Орган исполнительной власти Удмуртской Республики в лице Первого заместителя Председателя Правительства Удмуртской Республики Чураковой Татьяны Юрьевны и министра здравоохранения Удмуртской Республики Багина Сергея Анатольевича;

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

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

профессиональные союзы медицинских работников в лице председателя Удмуртской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации (УРО ПРЗ РФ) Поповой Ольги Пантелеевны и председателя Первичной организации профсоюза БУЗ УР "ГКБ №9 МЗ УР" УРО ПРЗ РФ Кузнецовой Натальи Николаевны;

медицинские профессиональные некоммерческие организации в лице членов общественной организации "Медицинская палата Удмуртской Республики по защите прав и интересов медицинских работников" Ивониной Елены Валерьевны и Ватулина Валерия Валерьевича.

**1.1. Предмет Тарифного соглашения**

Предметом Тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – тарифы по ОМС), их структуры и порядка применения на территории Удмуртской Республики, а также определение размеров санкций, применяемых к медицинским организациям в соответствии с [законодательством](consultantplus://offline/ref=1A357C85E9F3C60E056BDF46C9323E09132F30013AB3FAB459492FD32FB991E3D129B9AAED187D5467m7H) Российской Федерации.

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

**1.2. Список сокращений**

ОМС – обязательное медицинское страхование;

ФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;

ТФОМС УР – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики;

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

Программа – Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

Территориальная программа ОМС – Территориальная программа обязательного медицинского страхования;

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

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

СМП – скорая медицинская помощь;

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

КСГ – клинико-статистическая группа;

УЕТ – условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи;

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь;

ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение;

МЭК – медико-экономический контроль;

МЭЭ – медико-экономическая экспертиза;

ЭКМП – экспертиза качества медицинской помощи;

Группировщики - расшифровка клинико-статистических групп заболеваний для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (Расшифровка групп КС 2025.xlsx) и в условиях дневного стационара (Расшифровка групп ДС 2025.xlsx);

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

Коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства РФ от 5 мая 2012 г. № 462 (с изменениями) "О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования", является единым для всей территории Удмуртской Республики и составляет 1,105.

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

* 1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

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

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее – молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее - ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и финансовое обеспечение фельдшерских 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:

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

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

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

г) отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ);

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

е) 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;

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

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

* 1. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

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

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

за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, 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 26.2 "Перечень КСГ, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно в стационарных условиях" к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

* 1. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

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

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

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, 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 27.1 "Перечень КСГ, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно в условиях дневного стационара" к Тарифному соглашению, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

2.4. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

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), применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

по подушевому нормативу финансирования;

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

2.5. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, стационарных условиях и в условиях дневного стационара (при наличии)

При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, применяется способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе показателей объема медицинской помощи (далее – полный подушевой норматив финансирования).

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

2.6. При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, вне зависимости от применяемого способа оплаты и условий оказания медицинской помощи, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

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

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

**РАЗДЕЛ III. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

3.1. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС в амбулаторных условиях – 8620,2 руб., в том числе:

- при оплате по полному подушевому нормативу финансирования **– 2437,0 руб**.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях рассчитан без учета средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, и без учета средств, предусмотренных на медицинскую реабилитацию.

Кроме того, при оплате медицинской реабилитации в амбулаторных условиях **–** **90,5 руб.**

**3.1.1.** Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях, и Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях, приведены в **приложении 2** к Тарифному соглашению.

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

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

**3.1.2. Расчет базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц**

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

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ПНБА3 | Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, |
|  | объем средств на оплату медицинской помощи  по подушевому нормативу финансирования**;** |
|  | объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке, рублей; |
|  | значение среднего взвешенного с учетом численности прикреплённого 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; |
|  | значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава; |
|  | численность застрахованного населения в Удмуртской Республике. |

рассчитывается по следующей формуле:

**,** где

|  |  |
| --- | --- |
|  | значение среднего взвешенного с учетом численности прикреплённого 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; |
|  | численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек. |

По аналогичной формуле рассчитывается значение   
.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи установлен в размере: **1958,4 руб**. в год (в месяц: **163,2 руб**.).

**3.1.3. Половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения.**

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

Расчет коэффициентов потребления медицинской помощи по половозрастным группам проводится на основе данных о фактической стоимости оказанной медицинской помощи на территории Удмуртской Республики, включаемой в состав базового подушевого норматива финансирования. Расчетный период для определения половозрастных коэффициентов дифференциации составляет 11 месяцев 2024 года.

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

1) до года мужчины/женщины;

2) год - четыре года мужчины/женщины;

3) пять - семнадцать лет мужчины/женщины;

4) восемнадцать - шестьдесят четыре года мужчины/женщины;

5) шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

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

,

где

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

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| Зj | затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в j-тый половозрастной интервал, за расчетный период; |
| Чj | численность застрахованных лиц субъекта Удмуртской Республики, попадающего в j-тый половозрастной интервал. |

Коэффициенты дифференциации для каждой половозрастной группы рассчитываются по формуле:

.

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

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в разрезе половозрастных групп населения установлены **приложением 3** к Тарифному соглашению.

**3.1.4. Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской организации**

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, () рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской организации, рублей; |
|  | коэффициент половозрастного состава для i-той медицинской организации; |
|  | коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации) для i-той медицинской организации; |
|  | коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения в Удмуртской Республике, для i-той медицинской организации (равен 1); |
|  | коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью  населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i-той медицинской организации; |
|  | коэффициент дифференциации для i-той медицинской организации. |

Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций представлены в приложении 6 к Тарифному соглашению.

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

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

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

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

**3.1.5. Коэффициенты половозрастного состава для медицинских организаций**

Коэффициенты половозрастного состава для медицинских организаций рассчитываются по следующей формуле:

,

где

|  |  |
| --- | --- |
|  | половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-той медицинской организации; |
|  | половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для j-той половозрастной группы (подгруппы); |
|  | численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, в j-той половозрастной группе (подгруппе), человек; |
|  | численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек. |

Коэффициенты половозрастного состава (КДПВ) по медицинским организациям, финансируемым по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, установлены приложением 5 к Тарифному соглашению.

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

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

Коэффициенты дифференциации применяются в следующем размере:

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

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

В случае если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации КДОТ, объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | коэффициент дифференциации на прикрепившихся  к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i-той медицинской организации; |
|  | доля населения, обслуживаемая j-ым подразделением, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах  с численностью населения до 50 тысяч человек; |
|  | коэффициент дифференциации, применяемый к j-ому подразделению, расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек  с учетом расходов на содержание и оплату труда персонала. |

Коэффициенты 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, установлены **приложением 4** к Тарифному соглашению.

3.1.7. Коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации) (КДУР), коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Удмуртской Республике (КДЗП) по медицинским организациям, финансируемым по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, установлены приложением 5 к Тарифному соглашению.

В целях сохранения сбалансированности Территориальной программы обязательного медицинского страхования значения и   
для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, рассчитываются с учетом недопущения влияния применения указанных коэффициентов на общий объем средств, распределяемый между медицинскими организациями по подушевому нормативу финансирования (среднее взвешенное значение каждого из указанных коэффициентов с учетом численности прикрепленного к соответствующим медицинским организациям населения должно составлять 1).

В целях недопущения необоснованного снижения объема подушевого финансирования медицинских организаций при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования и устанавливаются   
в размере не менее 1 для следующих медицинских организаций:

- федеральные медицинские организации;

- негосударственные медицинские организации, являющиеся единственными медицинскими организациями в конкретном населенном пункте;

- центральные районные, районные (в том числе межрайонные) и участковые больницы, обслуживающие взрослое население;

- медицинские организации, обслуживающие только детское население.

**3.1.8. Расчет объема финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов**

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

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 101 до 900 жителей, – 1594,4 тыс.руб.,

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 901 до 1500 жителей, – 3188,8 тыс.руб.,

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1501 до 2000 жителей, – 3790,8 тыс.руб.

Базовый норматив финансовых затрат обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего до 101 жителя, составляет 797,2 тыс.руб. (понижающий коэффициент 0,5 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей); базовый норматив финансовых затрат обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего более 2000 жителей, составляет 4169,9 тыс.руб. (повышающий коэффициент 1,1 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей).

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в i-той медицинской организации; |
|  | число фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов n-типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению); |
|  | базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа; |
|  | коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат  на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации. |

Коэффициент специфики устанавливается:

- 1,0 при укомплектованности фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта основным медицинским работником;

- 0,75 при укомплектованности фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта медицинским работником по совместительству (по совмещению);

- 0,25 при отсутствии медицинского работника.

В случае оказания медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста, но при отсутствии в фельдшерском здравпункте, фельдшерско-акушерском пункте акушера, полномочия по работе с такими женщинами осуществляются фельдшером или медицинской сестрой (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем). В этом случае к размеру финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов с численностью обслуживаемого населения до 100 человек и от 101 до 900 человек устанавливается отдельный повышающий коэффициент, рассчитанный с учетом доли таких женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения.

Размер финансового обеспечения устанавливается фельдшерским здравпунктам, фельдшерско-акушерским пунктам, имеющим лицензию, и в случае оказания медицинской помощи в данных фельдшерских здравпунктах, фельдшерско-акушерских пунктах.

В случае если у фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными приказом Минздравсоцразвития России № 543н от 27.06.2012 «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (с изменениями), или коэффициент специфики, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года, и рассчитывается следующим образом:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | фактический размер финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта; |
|  | объем средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта с начала года; |
|  | количество месяцев, оставшихся до конца календарного года. |

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

Базовые нормативы финансовых затрат, коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, применяемые к базовому нормативу финансовых затрат, и годовые размеры финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов представлены в  **приложении 7** к Тарифному соглашению.

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

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

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

base_1_217556_64,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ФОФАКТ | фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей; |
| ОМП | фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи; |
| Т | тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рублей. |

Тариф за единицу объема является единым для всех медицинских организаций, включенных в один уровень оказания медицинской помощи, и применяется в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Отнесение медицинских организаций к уровню оказания амбулаторной медицинской помощи представлено в **приложении 8.1 и 8.2** к Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату посещений, обращений на оплату амбулаторной медицинской помощи представлены в **приложении 9** к Тарифному соглашению.

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

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

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение».

Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, установлены дифференцированно в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни и использования для проведения профилактических осмотров и диспансеризации мобильных медицинских бригад, а также учитывают расходы на применение телемедицинских (дистанционных) технологий.

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

Тарифы комплексного посещения в рамках проведения диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения (в том числе с применением телемедицинских технологий), включая тарифы на проведение указанных мероприятий в выходные дни и тарифы на оказание медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами, тарифы на углубленную диспансеризацию, тарифы комплексного посещения диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, в соответствии с **приложением 10 (10.1, 10.2, 10.3, 10.4, 10.5, 10.6)** к Тарифному соглашению.

Тарифы комплексного посещения при диспансерном наблюдении (в том числе с применением телемедицинских технологий) в соответствии с **приложением 12 (12.1)** к Тарифному соглашению.

Тарифы на осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия, выполняемые в рамках 1-го этапа и 2-го этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, и углубленной диспансеризации, выполняемые в рамках 1-го и 2-го этапа, в соответствии с **приложением 11** к Тарифному соглашению.

**3.1.11. Оплата медицинской помощи в Центрах здоровья**

Диспансерное наблюдение работающих граждан центрами здоровья производится за комплексное посещение.

Тарифы комплексного посещения в Центрах здоровья представлены в **приложении 9** к Тарифному соглашению.

**3.1.12. Оплата диагностических (лабораторных) исследований**

Оплата диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, сцинтиграфии, пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин (за исключением исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций), проведения интравитреального введения ингибитора ангиогенеза, исследования для пациентов после трансплантации почки для контроля концентрации иммуносупрессивных препаратов в крови, маммографических исследований в части третьего экспертного прочтения), осуществляется за медицинскую услугу.

Тарифы на диагностические (лабораторные) исследования представлены в приложениях 13-20 к Тарифному соглашению.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний.

При проведении медицинских услуг КТ или МРТ исследований без контраста нескольких областей оплачивается исследование каждой области. При этом медицинские услуги КТ или МРТ исследований без контраста нескольких областей учитываются как одна медицинская услуга, но не более 4 исследуемых областей на одну медицинскую услугу.

При проведении медицинских услуг КТ или МРТ исследований с контрастом нескольких областей оплачивается одно исследование с контрастом, остальные по тарифу исследований без контраста. При этом медицинские услуги КТ или МРТ исследований с контрастом нескольких областей учитываются как одна медицинская услуга, но не более 4 исследуемых областей на одну медицинскую услугу.

**3.1.13. Оплата диализа в амбулаторных условиях**

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

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

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

Базовый тариф и коэффициенты относительной затратоемкости к базовому тарифу для оплаты диализа приведены в **приложении 21** к Тарифному соглашению (применяется также для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях стационара и дневного стационара).

**3.1.14. Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях**

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях (в том числе на дому), включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, исходя из установленных Территориальной программой ОМС в соответствии с Программой территориального норматива объема и норматива финансовых затрат на единицу объема для медицинской реабилитации.

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

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

Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации. При этом по решению лечащего врача консультации отдельных специалистов в рамках комплексного посещения могут осуществляться в том числе с использованием телемедицинских технологий (1-2 посещения).

Тарифы на оплату медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, в соответствии с приложением 22 к Тарифному соглашению.

3.1.15. Оплата комплексных посещений школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом

Оплата комплексных посещений школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, осуществляется за единицу объема медицинской помощи вне подушевого норматива финансирования. Медицинская помощь в рамках школы сахарного диабета оплачивается за единицу объема – комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля.

Кратность посещений при проведении одного обучения с учетом контингента пациентов:

|  |  |
| --- | --- |
| Группа пациентов  (в среднем 10 пациентов в группе) | Количество занятий  при проведении одного обучения |
| Взрослые с сахарным диабетом  1 типа | 5 занятий продолжительностью 4 часа, а также проверка дневников самоконтроля |
| Взрослые с сахарным диабетом  2 типа | 5 занятий продолжительностью 3 часа, а также проверка дневников самоконтроля |
| Дети и подростки с сахарным диабетом | 10 занятий продолжительностью 2 часа, а также проверка дневников самоконтроля |

Медицинская организация ведет персонифицированный учет пациентов, прошедших обучение в школах, с указанием ФИО пациентов, дат, сроков и количества часов проведенного обучения и контактов пациентов.

Оплата в части ведения школ для больных сахарным диабетом осуществляется при условии соответствия Правилам организации деятельности кабинета «Школа для больных сахарным диабетом» и стандартам оснащения кабинета «Школа для больных сахарным диабетом», утвержденным приказами Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 899н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "эндокринология"» и от 12 ноября 2012 г. № 908н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская эндокринология»», а также при условии ведения медицинской организацией соответствующей документации, подтверждающей факт оказанной медицинской помощи в школах для больных сахарным диабетом.

Тарифы комплексных посещений школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, представлены в приложении 23 к Тарифному соглашению.

**3.1.16. Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях**

Для оплаты стоматологической помощи в амбулаторных условиях единицей объема следует считать посещение с профилактической и иной целью, обращение по поводу заболевания и посещение в неотложной форме, стоимость которых определяется из количества содержащихся в них УЕТ и стоимости 1-ой УЕТ. При определении количества УЕТ, по которым осуществляется оплата, учитывается средняя кратность УЕТ в одном посещении, которая составляет 4,2 УЕТ, в одном посещении с профилактической целью – 4,0 УЕТ, в одном обращении в связи с заболеванием (законченном случае) – 9,4 УЕТ. За одну условную единицу трудоемкости (УЕТ) принимается 10 мин. При этом для учета случаев лечения обязательно используется следующее правило: один визит пациента является одним посещением.

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

Тарифы для оплаты стоматологической помощи в амбулаторных условиях установлены в **приложении 9.1** к Тарифному соглашению.

3.1.17. Показатели результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи, в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, определяется доля средств в размере 5 процентов от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности с учетом балльной оценки.

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

,

где:

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

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций проводится Комиссией не реже одного раза в квартал.

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

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

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

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

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

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

Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в разрезе блоков представлен в **приложении 25.1** к Тарифному соглашению.

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

Каждый показатель, включенный в блок, оценивается в баллах, которые суммируются. Максимально возможная сумма баллов по каждому блоку составляет:

- 19 баллов для показателей блока 1 (взрослое население);

- 7 баллов для показателей блока 2 (детское население);

- 6 баллов для показателей блока 3 (женское население).

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

С учетом фактического выполнения показателей медицинские организации распределяются на три группы:

I – выполнившие до 40 процентов показателей,

II – выполнившие от 40 (включительно) до 60 процентов показателей,

III – выполнившие от 60 (включительно) процентов показателей.

Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями МЗ РФ и ФФОМС (приведены в **приложении 25.2** к Тарифному соглашению).

Объем средств 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:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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; |
|  | совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей; |
|  | численность прикрепленного населения в j-м периоде ко всем медицинским организациям II и III групп. |

В качестве численности прикрепленного населения к конкретной медицинской организации используется средняя численность за период. При осуществлении выплат по итогам достижения показателей результативности ежегодно средняя численность рассчитывается по формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | среднегодовая численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации в j-м году, человек; |
|  | численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число первого месяца j-го года, человек; |
|  | численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число второго месяца года, следующего за j-тым, человек; |
|  | численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число одиннадцатого месяца j-го года, человек; |
|  | численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число двенадцатого месяца j-го года, человек. |

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию II и III групп за j-тый период при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности (), рассчитывается по следующей формуле:

*,*

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | численность прикрепленного населения в j-м периоде к i-той медицинской организации II и III групп. |

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

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | объем средств, используемый при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 балл, рублей; |
|  | совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей; |
|  | 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 (), рассчитывается по следующей формуле:

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | количество баллов, набранных в j-м периодеi-той медицинской организацией III группы. |

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

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

Осуществление выплат стимулирующего характера медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности производится в полном объеме 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) (далее – показатели смертности прикрепленного населения (взрослого и детского), а также фактического выполнения не менее 90 процентов установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно).

В случае если не достигнуто снижение вышеуказанных показателей смертности прикрепленного населения (взрослого и детского) и (или) выполнено медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи, Комиссия вправе применять понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат.

**3.1.18.** Тарифы на оплату отдельных медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации в медицинских организациях государственной системы здравоохранения, за исключением медицинских организаций Министерства внутренних дел Российской Федерации, в соответствии с **приложением 39** к Тарифному соглашению.

**3.2. В части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара**

**3.2.1.** Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой обязательного медицинского страхования:

**в стационарных условиях – 9 554,0 руб., в том числе:**

**- при оплате по полному ПНФ – 3 110,4 руб.;**

**в условиях дневного стационара – 2 111,1 руб., в том числе:**

**- при оплате по полному ПНФ – 519,6 руб.;**

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара рассчитан без учета средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, и без учета средств, предусмотренных на медицинскую реабилитацию.

Кроме того, при оплате медицинской реабилитации в стационарных условиях **–** **320,5 руб.,** в условиях дневного стационара **– 83,6 руб.**

**Размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ):**

в стационарных условиях – **36 956,19** руб. (без учета коэффициента дифференциации – **33 444,52** руб.),

в условиях дневного стационара – **20 074,12** руб. (без учета коэффициента дифференциации – **18 166,62** руб.).

Размер среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, (без учета медицинской реабилитации) составляет:

в стационарных условиях – **56 855,68** руб.,

в условиях дневного стационара – **33 456,86** руб.

**3.2.2.** Перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в составе программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ, коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения в Удмуртской Республике, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012г. №597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики" и коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, оказанной:

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

в условиях дневного стационара – в соответствии с **приложением 27** к Тарифному соглашению.

**3.2.3. Основные подходы к оплате медицинской помощи по КСГ**

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

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

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

- диагноз (код по МКБ-10);

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

- схема лекарственной терапии;

- МНН лекарственного препарата;

- сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ-10);

- оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (SequentialOrganFailureAssessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (PediatricSequentialOrganFailureAssessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации, индекс оценки тяжести и распространения псориаза (PsoriassisAreaSeverityIndex, PASI);

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

- количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

- показания к применению лекарственного препарата;

- возраст и пол пациента;

- степень тяжести заболевания;

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

- объем послеоперационных грыж брюшной стенки;

- сочетание нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия;

- длительность лечения.

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

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

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

где:

|  |  |
| --- | --- |
| БС | базовая ставка, в круглосуточном стационаре (дневном стационаре) без учета коэффициента дифференциации, рублей; |
|  | коэффициент относительной затратоемкости КСГ, установлен Программой, в условиях стационара приведен в приложении 26, в условиях дневного стационара – в приложении 27 к Тарифному соглашению; |
|  | коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации; |
|  | коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;  коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения в Удмуртской Республике, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012г. №597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики" (значение коэффициента =1); |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства РФ от 5 мая 2012 г. № 462 (с изменениями) "О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования" (далее - Постановление №462), является единым для всей территории Удмуртской Республики (1,105); |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости – сумма применяемых КСЛП)  \* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице). |

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| БС | размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей; |
|  | коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации; |
|  | доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением № 4 к Программе значение, к которому применяется КД, КС и КУС); |
|  | коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации; |
|  | коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент; |
|  | коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения в Удмуртской Республике, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012г. №597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики" (значение коэффициента =1); |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии  с Постановлением № 462; |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости сумма применяемых КСЛП). |

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

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

Размер базовой ставки определяется исходя из следующих параметров:

-объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (в условиях дневного стационара) и оплачиваемой по КСГ (ОС);

-общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ (Чсл);

-среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ (СПК).

Размер базовой ставки рассчитывается по формуле:

.

СПК рассчитывается по формуле:

Если для КСГ не установлена доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, значение принимается равным 1.

а) Коэффициент относительной затратоемкости КСГ

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

Значения коэффициента относительной затратоемкости в условиях стационара установлены в приложении 26 к Тарифному соглашению, в условиях дневного стационара – в приложении 27 к Тарифному соглашению.

б) Коэффициент специфики оказания медицинской помощи

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

Значения коэффициента специфики в условиях стационара установлены в **приложении 26** к Тарифному соглашению, с учетом перечней КСГ, определенных Методическими рекомендациями МЗ РФ и ФФОМС, для которых не применяются понижающие (повышающие) коэффициенты специфики; в условиях дневного стационара – в **приложении 27** к Тарифному соглашению. К КСГ, начинающихся с символов st19 и ds19 (профиль «Онкология»), а также st08 и ds08 (профиль «Детская онкология»), коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1).

Перечень КСГ в условиях круглосуточного стационара, к которым **не применяются понижающие коэффициенты специфики**, в связи с применением сложных медицинских технологий, в том числе при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности, а также группы с высокой долей расходов на медикаменты и расходные материалы:

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

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

| Код КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- |
| st04.001 | Язва желудка и двенадцатиперстной кишки |
| st12.001 | Кишечные инфекции, взрослые |
| st16.003 | Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии |
| st27.001 | Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки |
| st27.003 | Болезни желчного пузыря |
| st27.005 | Гипертоническая болезнь в стадии обострения |
| st27.006 | Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1) |
| st27.010 | Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания |
| st30.004 | Болезни предстательной железы |
| st31.002 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) |
| st31.012 | Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей |
| st31.018 | Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы |

Для КСГ в дневном стационаре подобные перечни не устанавливаются.

в) Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий. Средние значения коэффициентов уровня и границы подуровня оказания медицинской помощи регламентируются Методическими рекомендациями МЗ РФ и ФФОМС. Перечни медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, и значения коэффициентов уровня в стационарных условиях установлены в **приложении 28** к Тарифному соглашению, перечни медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, и значения коэффициентов уровня в условиях дневного стационара установлены в **приложении 29** к Тарифному соглашению.

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

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

г) Коэффициент сложности лечения пациента

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) устанавливается к отдельным случаям оказания медицинской помощи и приведен в приложении 30 (30/1 -30/4) к Тарифному соглашению.

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

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

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных приложением 30 к Тарифному соглашению, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

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

**д) Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников**

Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренных «дорожной картой» развития здравоохранения Удмуртской Республики, в соответствии с Указом Президента Российской федерации от 7 мая 2012 г №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» при оплате медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара устанавливается в значении 1 для всех медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС.

Значения коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренных «дорожной картой» развития здравоохранения Удмуртской Республики, в условиях стационара установлены в приложении 26/4 к Тарифному соглашению, в условиях дневного стационара в приложении 27/3 к Тарифному соглашению.

3.2.6. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи

В соответствии с Программой к прерванным случаям оказания медицинской помощи (далее – прерванный случай) относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

2. случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);

4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;

5. случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;

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

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

8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1–7 данного пункта) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно;

9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, а также случаи лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.016 - ds12.021с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и «Группировщиками».

В случае если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-10, что и диагноз основного заболевания, и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации/лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2–9 пункта 3.2.8 Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2–4 пункта 3.2.6 Тарифного соглашения.

Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения в соответствии с Программой РФ) по КСГ, перечисленным в приложении 26/2 "Перечень КСГ, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно в стационарных условиях" и в приложении 27/1 "Перечень КСГ, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно в условиях дневного стационара" к Тарифному соглашению, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 7 и 9 пункта 3.2.6 Тарифного соглашения, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) была проведена тромболитическая терапия, случай оплачивается в размере:

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

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

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, приведен в приложении 26/3 (в стационарных условиях) и приложении 27/2 (в условиях дневного стационара) Тарифного соглашения.

3.2.7. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии

Методическими рекомендациями МЗ РФ и ФФОМС установлен:

Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов в возрасте 18 лет и старше (п. 4.2.1 Методических рекомендаций МЗ РФ и ФФОМС);

Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D) (п.4.2.2 Методических рекомендаций МЗ РФ и ФФОМС);

Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (п. 4.2.3 Методических рекомендаций МЗ РФ и ФФОМС).

3.2.8. Оплата случая лечения по 2 КСГ

Медицинская помощь, оказываемая пациентам одновременно по двум и более КСГ, осуществляется в следующих случаях:

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую; оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным пунктом 3.2.6 данного раздела основаниям;

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

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

4. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));

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

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

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим кодам МКБ 10:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;

- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;

- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;

- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

- O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;

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

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

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

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

3.2.9. Порядок оплаты случаев лечения по отдельным профилям оказания медицинской помощи

Методическими рекомендациями МЗ РФ и ФФОМС установлен:

Порядок оплаты случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация» (п. 4.5 Методических рекомендаций МЗ РФ и ФФОМС);

Порядок оплаты случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология» (п. 4.7 Методических рекомендаций МЗ РФ и ФФОМС);

Порядок оплаты случаев лечения по профилю «Онкология» (п. 4.8 Методических рекомендаций МЗ РФ и ФФОМС).

**3.2.10. Оплата высокотехнологической медицинской помощи**

Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, устанавливаются **приложением 31** к Тарифному соглашению.

**3.3. В части скорой медицинской помощи**

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает расходы на оплату скорой медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой гражданам в экстренной и неотложной формах вне медицинской организации, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации, в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, не включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, оплачиваемой по отдельным тарифам:

- за вызов скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Удмуртской Республики;

- за вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи;

- за вызов скорой медицинской помощи при транспортировке пациентов детского возраста выездными консультативными бригадами скорой медицинской помощи (с использованием автотранспорта).

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

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

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Удмуртской Республики, рублей; |
|  | численность застрахованного населения Удмуртской Республики, человек (1 473 405 человек). |

Общий объем средств на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Удмуртской Республики, определяется по следующей формуле:

ОССМП = (НоСМП × НфзСМП)× Чз - ОСМТР

где:

|  |  |
| --- | --- |
| НоСМП | средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, вызовов (0,29 вызовов); |
| НфзСМП | средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей (4 743,65 рублей); |
| ОСМТР | размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам Удмуртской Республики, (40 321,0 тыс. рублей). |

Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, определенный на основе нормативов объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой обязательного медицинского страхования, – **1 348,29 руб.**

3.3.2. Определение базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи

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

БАЗ

ОССМП - ОСВ

Пн =

Чз

|  |  |
| --- | --- |
| ПнБАЗ | базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей; |
| ОСВ | объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в Удмуртской Республике лицам за вызов тромболитической терапии и транспортировку пациентов детского возраста выездными консультативными бригадами скорой медицинской помощи (с использованием автотранспорта), рублей (29 134,80 тыс. рублей). |

Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи **1 328,5 руб.** в год (в месяц: **110,71** руб.).

3.3.3. Определение дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ДПнi | дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей; |
|  | коэффициент половозрастного состава; |
|  | коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения); |
|  | коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Удмуртской Республике; |
|  | коэффициент дифференциации медицинской организации (значение коэффициента = 1). |

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (КДПВ) учитывают различия в уровне потребления медицинской помощи различными группами населения.

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

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

Половозрастной коэффициент потребления медицинской помощи определен на основе данных о численности застрахованного населения Удмуртской Республики на 01.12.2024 года и объема оказанной скорой медицинской помощи за 11 месяцев 2024 года в разрезе половозрастных групп.

Половозрастные коэффициенты потребления скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, приведены в приложении 32 к Тарифному соглашению.

Значения ежемесячных дифференцированных подушевых нормативов финансирования, коэффициенты половозрастного состава медицинской организации, коэффициенты уровня расходов медицинских организаций, коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Удмуртской Республике, приведены в **приложении 33** к Тарифному соглашению.

Тариф вызова скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, установлен в размере **64 744 руб**.

Тариф вызова скорой медицинской помощи без проведения тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, установлен в размере **4 743,65** **руб.**

Оплата скорой медицинской помощи при транспортировке пациентов детского возраста выездными консультативными бригадами скорой медицинской помощи (с использованием автотранспорта) осуществляется за вызов, дифференцированный в зависимости от километража, и установлен в размере:

от 301 км до 600 км - 24 000 руб.

от 601 км и выше км - 64 774 руб.

3.4. В части оплаты медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, стационарных условиях и в условиях дневного стационара (при наличии)

При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, применяется способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе показателей объема медицинской помощи.

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

**3.4.1**. 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, – **6 067,0** руб., в том числе:

в стационарных условиях – **3 110,4** руб.,

в условиях дневного стационара – **519,6** руб.,

в амбулаторных условиях – **2 437,0** руб.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях рассчитан без учета средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, и без учета средств, предусмотренных на медицинскую реабилитацию.

**4.2**. **Размер базового полного подушевого норматива финансирования** на одно прикрепленное застрахованное лицо, без учета средств за показатели результативности деятельности медицинской организации, составляет **5616,44 руб. в год** (в месяц: **468,04 руб.**).

**3.4.3.** Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по полному подушевому нормативу финансирования, и Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне полного подушевого норматива финансирования, приведены в **приложении 34** к Тарифному соглашению.

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

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

**=  + **,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | размер средств, направляемых на финансовое обеспечение i-той МО по полному подушевому нормативу финансирования в j-месяц, рублей; |
|  | фактический дифференцированный полный подушевой норматив финансирования для i–той МО в j-месяц, рублей; |
|  | численность застрахованных лиц, прикрепленных на первое число j-месяца расчетного периода, при условии прикрепления застрахованного к i-той МО полный календарный j-месяц, человек; |
|  | размер средств, направляемых по итогам года на выплаты i-той МО, при условии достижения целевых значений показателей результативности деятельности МО, рублей. |

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оплачиваемой по полному подушевому нормативу финансирования, в разрезе медицинских организаций приведены в **приложении 35** к Тарифному соглашению.

При расчете дифференцированного полного подушевого норматива финансирования для медицинских организаций в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (с учетом стоматологической и неотложной помощи), учитываются все коэффициенты, применяемые при расчете амбулаторной помощи по подушевому нормативу финансирования.

**3.4.5. Коэффициенты половозрастного состава для медицинских** **организаций**

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в разрезе половозрастных групп населения установлены **приложением 36** к Тарифному соглашению.

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

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

Коэффициенты 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, установлены **приложением 37** к Тарифному соглашению.

3.4.7. Коэффициенты половозрастного состава (КДПВ), коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации) (КДУР), коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Удмуртской Республике (КДЗП) по медицинским организациям, финансируемым по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, установлены приложением 35 к Тарифному соглашению.

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

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

Внешние медицинские услуги в амбулаторных условиях оплачиваются по установленным тарифам за посещение, обращение (законченный случай) медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, и удерживаются страховой медицинской организацией из финансирования медицинской организации, к которой эти лица прикреплены, за отчетный месяц. В стационарных условиях, в условиях дневного стационара, в амбулаторных условиях при оплате стоматологической и неотложной медицинской помощи оплата внешних услуг не осуществляется (кроме патоло-анатомических вскрытий).

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

Тарифы на оплату посещений, обращений по заболеванию установлены в **приложении 9** к Тарифному соглашению.

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

Тарифы комплексного посещения в рамках проведения диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения (в том числе с применением телемедицинских технологий), включая тарифы на проведение указанных мероприятий в выходные дни и тарифы на оказание медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами, тарифы на углубленную диспансеризацию, тарифы комплексного посещения по диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, установлены в соответствии **с приложением 10 (10.1, 10.2, 10.3, 10.4, 10.5, 10.6)**.

Тарифы комплексного посещения при диспансерном наблюдении (в том числе с применением телемедицинских технологий) установлены в соответствии **с приложением 12 (12.1)** к Тарифному соглашению.

Тарифы на осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия, выполняемые в рамках 1-го этапа и 2-го этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, и углубленной диспансеризации, выполняемые в рамках 1-го и 2-го этапа, установлены в соответствии с **приложением 11** к Тарифному соглашению.

Тарифы на диагностические (лабораторные) исследования установлены в приложениях 13-20 к Тарифному соглашению.

Базовые нормативы финансовых затрат, коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, применяемые к базовому нормативу финансовых затрат, и годовые размеры финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов установлены **в приложении 7** к Тарифному соглашению.

Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по полному подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, применяется только к части амбулаторной медицинской помощи, приведенной в п.3.1.17 Тарифного соглашения.

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

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

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

3.5. В части оплаты медицинской реабилитации

**3.5**. 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, – **494,6** руб., в том числе:

в стационарных условиях – **320,5** руб.,

в условиях дневного стационара – **83,6** руб.,

в амбулаторных условиях – **90,5** руб.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи по медицинской реабилитации рассчитан без учета средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС.

**3.6. Структура тарифа на оплату медицинской помощи**

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

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

Тарифы на медицинские услуги являются едиными для оплаты медицинской помощи оказанной застрахованным гражданам на территории Удмуртской Республики, в том числе и при межтерриториальных расчетах.

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

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

**РАЗДЕЛ IV. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ 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 (далее – Перечень оснований для применения санкций) по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи (далее – МЭК, МЭЭ, ЭКМП) приведены в **приложении 38** к Тарифному соглашению.

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| Н | размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования; |
| РТ | размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи; |
|  | коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи, действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП |

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

Согласно Правил ОМС размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества , рассчитывается по формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества; |
| РП | установленный тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от условий оказания медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи; |
|  | коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП. |

1. В амбулаторных условиях – установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Удмуртской Республики подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам в амбулаторных условиях **- 8 710,64 руб.**

2. При оплате скорой медицинской помощи вне медицинской организации – установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Удмуртской Республики подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для скорой медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам - **1 348,29 руб.**

3. В стационарных условиях, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Удмуртской Республики подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам **- 9 874,54 руб.**

4. В условиях дневного стационара, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи субъекта Удмуртской Республики подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам - **2 194,69 руб.**

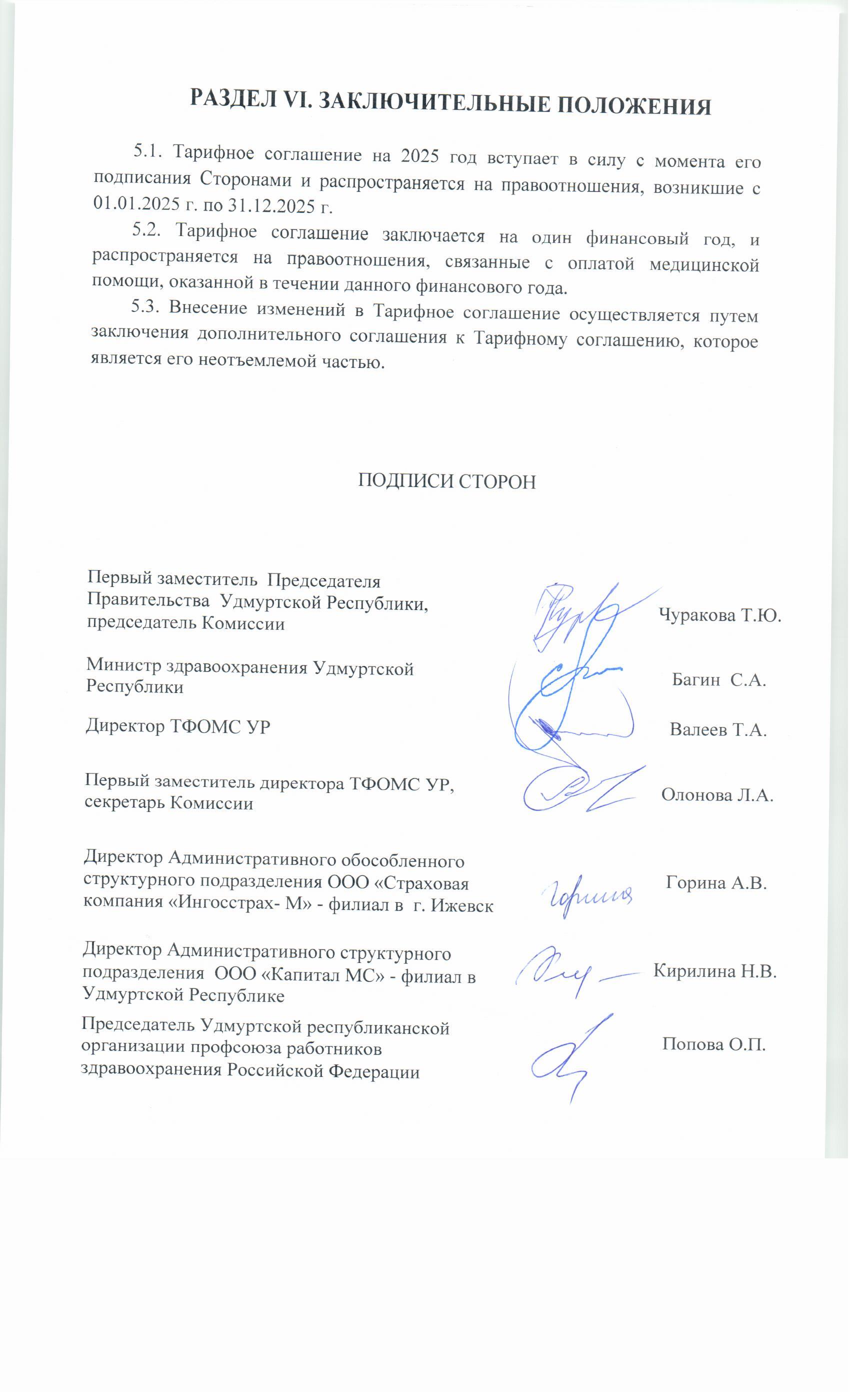
С целью достижения сопоставимости размера штрафов по сопоставимым основаниям в одинаковых условиях оказания медицинской помощи среди медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в случае, если медицинская помощь, в отношении которой по результатам МЭК, МЭЭ или ЭКМП принято решение о необходимости применения штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, подлежит оплате в субъекте Российской Федерации по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, при определении размера штрафа применяется значение вышеуказанных подушевых нормативов финансирования в зависимости от условий, в которых фактически была оказана медицинская помощь, подлежащая наложению штрафа, независимо от применяемого способа оплаты.

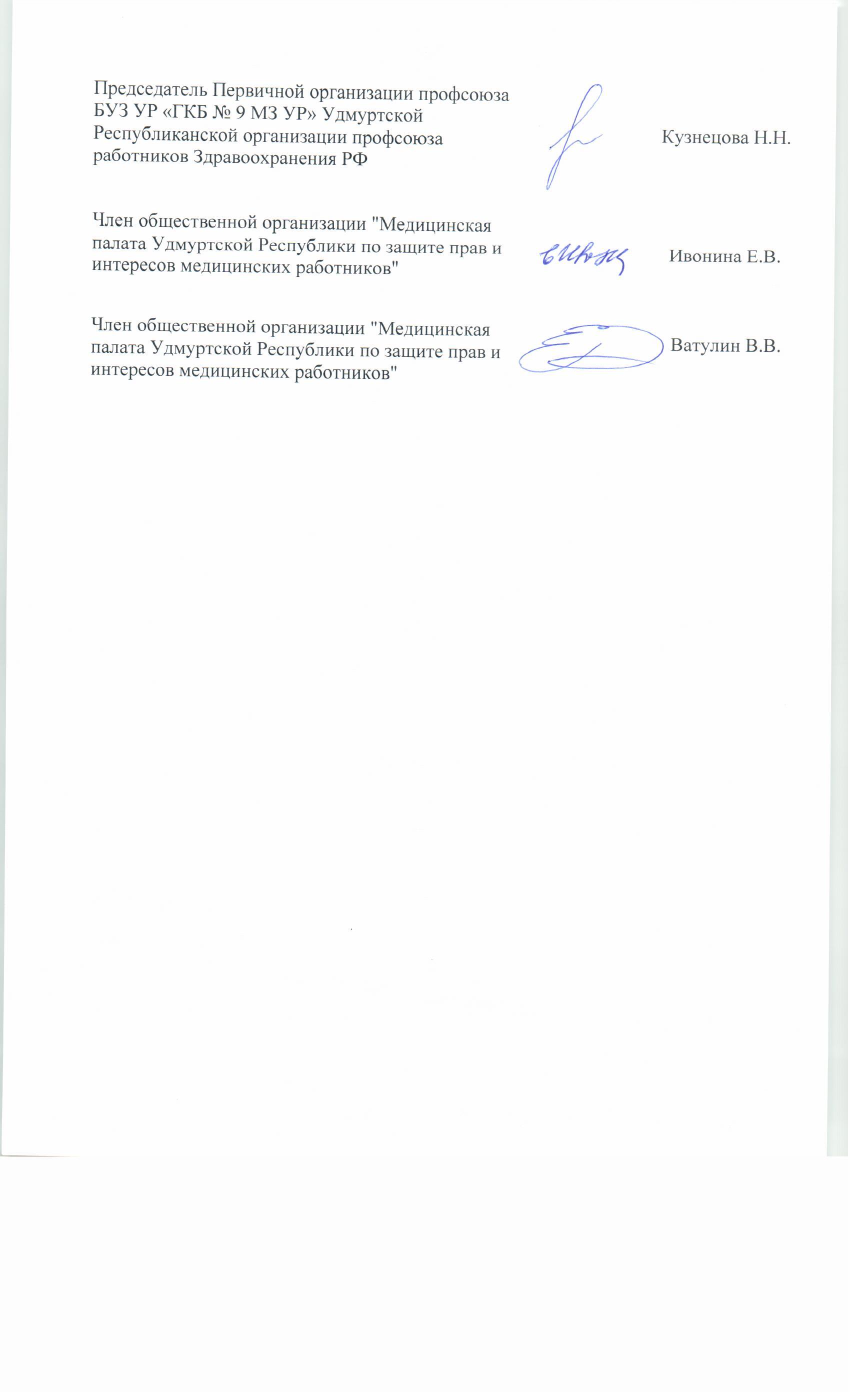
**РАЗДЕЛ V. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЕМОВ**

**ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И ФИНАНСОВОГО**

**ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МЕЖДУ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ**

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

****

**

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