**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**

**по оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования на территории Республики Тыва на 2020 год**

г. Кызыл 30.12.2019г.

**I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

**1.1. Основания заключения тарифного соглашения, предмет тарифного соглашения, представители сторон, заключивших тарифное соглашение**

Мы, нижеподписавшиеся, представители органов исполнительной власти Республики Тыва, в лице министра здравоохранения Республики Тыва Сат А.М., представители Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Тыва, в лице директора Анай-оол В.Х., представители страховых медицинских организаций, в лице директора Филиала ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Республике Тыва Монгуша А.Д., представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов), в лице председателя правления общественной организации «Медицинская палата Республики Тыва» Кужугета Р.А., представители профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), в лице председателя Тувинского республиканского органа Профсоюза работников здравоохранения РФ Ондара Д.О., являющиеся членами Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Тыва (далее - при совместном упоминании именуемые – Стороны), заключили настоящее Тарифное соглашение об оплате медицинской помощи в соответствии с:

- Федеральным законом от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

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

- Постановлением Правительства Российской Федерации от 07.12.2019г. №1610 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»;

- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019г. №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;

- Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018г. №247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

- Законом Республики Тыва от 17.12.2019г. №556-ЗРТ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Тыва на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»;

- Постановлением Правительства Республики Тыва от 27.12.2019г. №631 «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Тыва на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»;

- Распоряжение Правительства Республики Тыва от 27.12.2019г. №586-р «О Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Тыва»;

- Письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2019г. №11-7/И/2-12330 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»;

- письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.12.2019г. №11-7/и-11779 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12.12.2019г. №17033/26-2/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

* 1. **Предмет соглашения:**
  2. Предметом настоящего Соглашения является заключение Тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования на территории Республики Тыва на 2020 год (далее – Тарифное соглашение).
  3. Настоящее Тарифное соглашение утверждает и устанавливает:

- способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории Республики Тыва;

- размеры и структуру тарифов на оплату медицинской помощи;

- размеры неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

- основные условия;

- ответственность сторон;

- заключительные положения.

Тарифное соглашение по оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования на территории Республики Тыва на 2020 год заключено с целью реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования.

* 1. Основными задачами настоящего Тарифного соглашения, как инструмента реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования, а также тарифной политики в рамках реализации программы обязательного медицинского страхования и развития здравоохранения Республики Тыва на 2020 год являются:

- создание условий для предоставления гражданину государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи;

- повышение эффективности расходования средств обязательного медицинского страхования, финансирование медицинских организаций в зависимости от уровня достижения целевых показателей;

- реализация приоритетных направлений государственной политики:

* профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни;
* повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи;
* повышение эффективности оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях;
* повышение эффективности службы родовспоможения и детства;
* развитие медицинской реабилитации населения, в том числе детей;
* обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами;
* создание системы лекарственного обеспечения, основанной на принципах эффективного непрерывного фармацевтического менеджмента.

1. - проведение преобразований, направленных на повышение эффективности деятельности всех участников системы обязательного медицинского страхования, достижение измеримых, общественно значимых результатов, установленных указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г.;

- внедрение территориальной модели организации здравоохранения с учётом региональных особенностей, включая уровень и структуру заболеваемости, половозрастной состав и плотность населения, климатические и географические условия, транспортную доступность медицинских организаций;

- организация страховыми медицинскими организациями контроля предоставления качественных медицинских услуг, финансовой оценки работы медицинских организаций.

* 1. **Ответственность сторон**

За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему соглашению СТОРОНЫ несут ответственность в порядке, установленном действующим законодательством РФ и настоящим Соглашением.

* 1. **Основные понятия и термины**

В целях реализации Тарифного соглашения устанавливаются следующие основные понятия и термины:

**Обязательное медицинское страхование** (далее - ОМС) – вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных Федеральным законом №326-ФЗ случаях в пределах [базовой](consultantplus://offline/ref=BE38556259931A7B4B0320D535766958E2842EC54DF6F1DD0F7EA9E99E8F73CBB049A626C1FB95K7vDG) программы обязательного медицинского страхования.

**Базовая программа обязательного медицинского страхования** – составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации медицинской помощи, и устанавливающая единые требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования.

**Территориальная программа обязательного медицинского страхования Республики Тыва** (далее – Территориальная программа ОМС) –определяет права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории Республики Тыва и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования.

**Застрахованное лицо** – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование.

**Полис обязательного медицинского страхования** (далее - полис) является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования.

**Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Тыва** (далее – ТФОМС Республики Тыва) – некоммерческая организация, созданная Правительством Республики Тыва для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Тыва.

**Страховая медицинская организация** (далее - СМО) – страховая организация, имеющая лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности и включенная в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

**К медицинским организациям** в сфере обязательного медицинского страхования (далее - МО) относятся медицинские организации, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее - реестр медицинских организаций):

1) организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы собственности;

2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

**Тарифы в сфере обязательного медицинского страхования** (далее – тарифы) – группа ценовых показателей, определяющих уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинской организации по выполнению Территориальной программы ОМС.

**Посещение** (с профилактической целью и при оказании неотложной медицинской помощи) – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической или лечебной целью.

**Обращение** по поводу заболевания –это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания. Обращение, как законченный случай по поводу заболевания, складывается из первичных и повторных посещений.

**Под законченным случаем** в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона амбулаторного пациента только при последнем посещении больного по данному поводу.

**Комплексный медицинский осмотр** (обращение в Центр здоровья) – комплексное обследование для проведения тестирования на аппаратно-программном комплексе и обследование на установленном оборудовании в Центре здоровья.

**Неотложная медицинская помощь** – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

**Подушевое финансирование** – сумма средств на оказание медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических условиях врачами - педиатрами участковыми, врачами - терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) в расчете на одного прикрепленного застрахованного жителя республики.

**Прикрепленное население (территориальное)** – это прикрепление застрахованных лиц, проживающих на территории обслуживания медицинской организации в соответствии с перечнем улиц с номерами домов и названиями населенных пунктов, относящихся к данной медицинской организации.

**Прикрепленное население (фактическое) -** это прикрепление застрахованных лиц, воспользовавшихся правом выбора медицинской организации в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**Не прикрепленное население** – это застрахованные лица, получающие медицинскую помощь, в медицинской организации, не имеющей прикрепленного населения.

**Вызов скорой медицинской помощи -** обращение больного на станцию (подстанцию, отделение) скорой медицинской помощи независимо от времени суток за экстренной медицинской помощью, а также медицинская транспортировка пациента.

**Подушевое финансирование скорой медицинской помощи** (за исключением скорой специализированной медицинской помощи) – порядок финансирования скорой медицинской помощи на основе подушевого норматива за застрахованных граждан.

**Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС** – мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи условиям Территориальной программы ОМС и договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, реализуемые посредством медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

**Медико-экономический контроль (МЭК)** – установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов по условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

**Медико-экономическая экспертиза (МЭЭ)** – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

**Экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) –** выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.

**Реэкспертиза** - повторная медико-экономическая экспертиза или экспертиза качества медицинской помощи, проводимая другим специалистом - экспертом или другим экспертом качества медицинской помощи с целью проверки обоснованности и достоверности выводов по ранее принятым заключениям, сделанным специалистом-экспертом или экспертом качества медицинской помощи, первично проводившим медико-экономическую экспертизу или экспертизу качества медицинской помощи.

**Отчетный период** – календарный месяц: для медицинской организации – месяц оказания медицинской помощи, в том числе завершения ранее начатой; для СМО – месяц оплаты счетов - реестров.

**Единый регистр застрахованных лиц (**информационный ресурс) – это персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах, ведется в форме единого регистра застрахованных лиц, являющегося совокупностью его центрального и региональных сегментов, и включает в себя сбор, обработку, передачу и хранение сведений о застрахованных лицах.

**Региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц –** информационный ресурс, содержащий персонифицированные сведения о лицах, застрахованных в Республике Тыва по обязательному медицинскому страхованию.

**Базовый регистр прикрепленных лиц** – информационный ресурс, содержащий сведения о застрахованных лицах, реализовавших право выбора медицинской организации, в соответствии с порядком, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

**Реестр медицинской помощи** – это персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в медицинских организациях системы ОМС.

**Основной счет –** счет за оказанную медицинскую помощь, включающий случаи оказания медицинской помощи за отчетный период (по дате окончания лечения).

**Дополнительный счет –** счет, включающий случаи оказания медицинской помощи за периоды, предшествующие периоду оказания медицинской помощи по основному счету, и не включенные ранее в основной счет (за исключением, отклоненных по результатам медико-экономического контроля).

**Исправленный счет –** счет, включающий случаи оказания медицинской помощи, отклоненные от оплаты по результатам медико-экономического контроля независимо от периода оказания медицинской помощи.

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

**Экстракорпоральное оплодотворение (далее - ЭКО) –** вспомогательные репродуктивные технологии, не включенные в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации.

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

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

**Клинико-профильная группа (КПГ)** – группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи;

**Оплата медицинской помощи по КСГ (КПГ)** – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратоемкости и поправочных коэффициентов;

**Базовая ставка** – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий (средняя стоимость законченного случая лечения);

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

**Поправочные коэффициенты** – устанавливаемые на территориальном уровне: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов;

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

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

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

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

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

**II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА**

Настоящий раздел устанавливает порядок взаимодействия ТФОМС Республики Тыва, страховых медицинских организаций (далее – СМО) и медицинских организаций при оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

1. Устойчивость финансовой системы является одним из принципов обязательного медицинского страхования и обеспечивается, в том числе, применением эффективных способов оплаты медицинской помощи, ориентированных на результат деятельности медицинских организаций.
2. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, производится СМО в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи в пределах объемов медицинской помощи по ТП ОМС, установленных Комиссией по разработке ТП ОМС Республики Тыва на основании предъявляемых медицинскими организациями счетов-реестров, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сроки, предусмотренные договором.
3. Формирование тарифов на медицинскую помощь, предоставляемую в рамках Территориальной программы ОМС, осуществляется Территориальным фондом обязательного медицинского страхования (далее - ТФОМС Республики Тыва) совместно с Министерством здравоохранения Республики Тыва (далее- Минздрав РТ) в соответствии с законодательством Российской Федерации и нормативами, определенными Программой государственных гарантий (далее – Программа).
4. Рассмотрение тарифов на оплату медицинской помощи, включая их структуру, осуществляется Комиссией по разработке территориальной программы ОМС (далее – Комиссия) в соответствии с законодательством Российской Федерации. Тарифы на оплату медицинской помощи утверждаются и при возможности индексируются решением Комиссии в рамках Тарифного соглашения.
5. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные Территориальной программой ОМС, распределяются решением Комиссии между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями на год с поквартальной разбивкой, с последующей корректировкой при необходимости и обоснованности.

Заявки от медицинских организаций на корректировку и перераспределение объемов предоставления медицинской помощи принимаются Комиссией в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным, предложения, поступившие позднее, рассматриваются на следующем заседании Комиссии.

Объемы предоставления и финансовое обеспечение медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара распределяются между МО и СМО Комиссией на год, по профилям. До МО объемы предоставления медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара доводятся в разрезе КПГ и КСГ (не менее 2 раз в год: на начало года, на конец года; а также по изменениям).

1. Оплата медицинской помощи в системе ОМС, оказанной в медицинских организациях (далее – МО) застрахованным гражданам, производится в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности в пределах годовых объемов и стоимости медицинской помощи, утвержденных (скорректированных) Комиссией, и в порядке, установленном Тарифным соглашением.
2. Оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, осуществляются ТФОМС Республики Тыва в соответствии с пунктом 8 статьи 34 Федерального закона №326-ФЗ и Правилами ОМС.
3. ТФОМС Республики Тыва осуществляет финансирование СМО в соответствии с договорами финансового обеспечения обязательного медицинского страхования.
4. В соответствии с частью 6 статьи 39 Федерального закона №326-ФЗ, пунктом 110 Правил ОМС оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных МО реестров оказанной медицинской помощи и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, по тарифам на оплату медицинской помощи.
5. В целях повышения эффективности расходования средств обязательного медицинского страхования медицинские организации системы ОМС согласовывают с ТФОМС Республики Тыва План финансово-хозяйственной деятельности на год и все изменения в течении отчетного периода.
6. По итогам года стоимость фактически оказанной медицинской помощи (услуги) в МО системы ОМС Республики Тыва, не должна превышать 100% утвержденного плана (кроме случаев, принятых решением Комиссии). Объемы медицинской помощи, выполненные в отчетном месяце сверх утвержденных плановых объемов, предъявленные медицинскими организациями, оплачиваются страховой медицинской организацией в следующем месяце, но не более суммы, предусмотренной плановой стоимостью на 1 квартал, на 1 полугодие, на 9 месяцев, на 11 месяцев и год нарастающим итогом. Расходы МО, превышающие утвержденный годовой финансовый план, не подлежат возмещению из средств ОМС.
7. Министерство здравоохранения Республики Тыва (далее – Минздрав РТ) сводные по МО объемные и стоимостные показатели Территориальной программы ОМС, с учетом решений Комиссии, передает в ТФОМС Республики Тыва и СМО не позднее 5 рабочих дней со дня принятия изменений.
8. Ежемесячный мониторинг выполнения Территориальной программы ОМС осуществляется Минздравом РТ, ТФОМС Республики Тыва и СМО в разрезе медицинских организаций, видов, условий оказания медицинской помощи и статей затрат.
9. ТФОМС Республики Тыва и СМО в соответствии с пунктом 8 части 7 статьи 34 и пунктом 2 части 3 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой МО в рамках программы ОМС, в Порядке, установленном Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее – ФФОМС).
10. Компенсация затрат МО на предоставление медицинской помощи застрахованному лицу в связи с причинением вреда здоровью вследствие тяжелого несчастного случая на производстве, осуществляется из средств Фонда социального страхования Российской Федерации и не входит в Территориальную программу ОМС.
11. При изменении уровня МО в течение календарного года, вновь присвоенный уровень учитывается с первого числа месяца, следующего за месяцем присвоения.
12. В соответствии с законодательством об ОМС, расходы МО, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу и иные расходы, а также расходы по демонтажу зданий и сооружений и иные расходы) осуществляются за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.
13. Для организаций федеральной, ведомственной и частной форм собственности, выполняющих Территориальную программу ОМС, расходы на оплату труда определяются в рамках коллективных договоров, соглашений, локальных нормативных актов в соответствии с федеральным законодательством и нормативными актами Российской Федерации, регламентирующими вопросы оплаты труда.
14. Годом проведения диспансеризации является календарный год в котором гражданин достигает соответствующего возраста.
15. При проведении диспансеризации, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации возраст детей не должен превышать 17 лет.
16. Оплата медицинской помощи осуществляется по тарифам, действующим на дату выписки пациента. Возраст пациента для определения тарифа принимается по состоянию на дату начала лечения.
17. В случае ухудшения состояния или возникновения других заболеваний и осложнений, требующих госпитализации в специализированные отделения круглосуточного пребывания и дневные стационары других медицинских организаций, либо в МЧУ ДПО «Нефросовет» у пациентов, находящихся на хроническом диализе, оплата производится отдельно по каждому виду оказанной медицинской помощи по законченному случаю.
18. Наблюдение, патронаж за новорожденными и оказание амбулаторной и стационарной помощи детям до 3-х месяцев, при отсутствии факта страхования, оплачивает СМО, где застрахована мать (или законный представитель ребенка).
19. По всем условиям оказания медицинской помощи по профилю и по специальности «акушерство и гинекология» возраст пациента не ограничивается рамками.
20. Неотложная медицинская помощь и медицинская помощь по другим видам оказания медицинской помощи (стационар, амбулаторно-поликлиническая, дневной стационар) может оказываться одному и тому же пациенту в один день.
21. Коды заболеваний по справочнику «Международная статистическая квалификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» (далее МКБ -10), оказываемые травматологами и ортопедами, могут оказываться хирургами, в медицинских организациях кожуунов. Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы №025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях", утверждаемой Минздравом Российской Федерации.
22. За счет средств ОМС оплачивается доабортное консультирование беременных женщин медицинскими психологами (психологами, специалистами по социальной работе), а также оказание медицинской помощи в стационарных условиях в койках сестринского ухода женщинам в период беременности, проживающим в кожуунах, отдаленных от акушерских стационаров и не имеющих прямых показаний для направления в отделения патологии беременности, но нуждающихся в медицинском наблюдении для предотвращения развития возможных осложнений (КСГ 1 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» может быть подана на оплату только медицинскими организациями, имеющими койки сестринского ухода).
23. Расходы на проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части медико-генетических исследований и консультаций осуществляются за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.
24. Генетическое обследование беременных женщин по выявлению (подтверждению) врожденных аномалий (пороков) развития у плода в медико-генетических консультациях (центрах) и соответствующих структурных подразделениях МО осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.
25. Утверждаются приложениями к Тарифному соглашению перечни медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций):

- оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (Приложение 2);

- не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (Приложение 3);

- имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (Приложение 4);

- оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (Приложение 5);

- оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в стационарных условиях (Приложение 6);

- оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара (Приложение 7);

- оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара с применением вспомогательных репродуктивных технологий (Приложение 8);

- оказывающих скорую медицинскую помощь (Приложение 9);

-медицинских организаций, имеющих в составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи, в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) (Приложение 10);

- исполнителей диагностических и лабораторных исследований, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи (Приложение 11);

- фельдшерско-акушерских пунктов (Приложение 12).

1. Медицинским организациям, оказывающим консультативные услуги устанавливаются тарифы согласно Приложению. При оказании отдельных видов услуг с применением web-технологий и в режиме видео конференцсвязи (ВКС) применяются отдельные установленные тарифы. Данные услуги оплачиваются в рамках межбольничных расчетов.
2. Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, оказывающих медицинскую помощь в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности в другом субъекте Российской Федерации, применяются тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, действующие в субъекте Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи.
3. Установление тарифов на отдельные медицинские услуги осуществляется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017г. №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации от 07.11.2017г., регистрационный № 48808).

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

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

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

* 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 гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);
* 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 гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показателей объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);
* за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц), за комплексное посещение*;*
* за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний).
  1. **Расчет объема финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи**
     1. **Расчет среднего размера финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях**

В соответствии с подпунктом 2 пункта 5.3 Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленных приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 г. № 247 (далее – Требования), на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, определяется средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Тыва, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

base_1_217556_53, где:

|  |  |
| --- | --- |
| base_1_217556_54 | средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Тыва, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей; |
| НоПРОФ | средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений; |
| НоОЗ | средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, обращений; |
| НоНЕОТЛ | средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений; |
| НфзПРОФ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| НфзОЗ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| НфзНЕОТЛ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| ОСМТР | размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей; |
| Чз | численность застрахованного населения Республики Тыва, человек. |

Учитывая, что Программой средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (НфзПРОФ) установлен в разрезе трех направлений, его расчет осуществляется по формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| НоПО | средний норматив объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, комплексных посещений; |
| НоДИСП | средний норматив объема медицинской помощи для проведения диспансеризации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, комплексных посещений; |
|  | средний норматив объема на посещение с иными целями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений; |
| НфзПО | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| НфзДИСП | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| НфзПИЦ | средний норматив финансовых затрат на посещение с иными целями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей. |

**1.2.2. Определение подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными нормативами**

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Тыва, в расчете на одно застрахованное лицо определяется по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ПНА | подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными нормативами, рублей; |
| ОСФАП | размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, рублей; |
| ОСИССЛЕД | размер средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| ОСПО | размер средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| ОСДИСП | размер средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| ОСНЕОТЛ | размер средств, направляемых на оплату посещений  в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей. |

При этом объем средств, направляемый на финансовое обеспечение медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами, не включает в себя средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за единицу медицинской помощи застрахованным лицам за пределами Республики Тыва, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования

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

ОСИССЛЕД = (НоКТ × НфзКТ + НоМРТ × НфзМРТ + НоУЗИ × НфзУЗИ + НоЭНД × НфзЭНД + НоМГИ × НфзМГИ + НоГИСТ × НфзГИСТ) × ЧЗ, где:

|  |  |
| --- | --- |
| НоКТ | средний норматив объема медицинской помощи для проведения компьютерной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований; |
| НоМРТ | средний норматив объема медицинской помощи для проведения магнитно-резонансной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований; |
| НоУЗИ | средний норматив объема медицинской помощи для проведения ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований; |
| НоЭНД | средний норматив объема медицинской помощи для проведения эндоскопических диагностических исследований, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований; |
| НоМГИ | средний норматив объема медицинской помощи для проведения молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований; |
| НоГИСТ | средний норматив объема медицинской помощи для проведения гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований; |
| НфзКТ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения компьютерной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| НфзМРТ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения магнитно-резонансной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| НфзУЗИ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| НфзЭНД | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения эндоскопических диагностических исследований, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| НфзМГИ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| НфзГИСТ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей. |

Объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров, рассчитывается по следующей формуле:

ОСПО = НоПО × НфзПО × ЧЗ.

Объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, рассчитывается по следующей формуле:

ОСДИСП = НоДИСП × НфзДИСП × ЧЗ.

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

ОСНЕОТЛ = НоНЕОТЛ × НфзНЕОТЛ × ЧЗ.

**1.2.3. Расчет базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц**

Исходя из подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами (ПНА), оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Тыва, в расчете на одно застрахованное лицо определяется базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ПНБА3 | базовый (средний) подушевой норматив финансирования, рублей; |
| ОСЕО | размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в Республике Тыва лицам (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами), рублей. |

В подушевой норматив не включаются отдельные виды расходов   
(на стоматологическую медицинскую помощь, медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» и т.п., на проведение отдельных видов диагностических исследований и др.).

В базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы на финансовое обеспечение медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения) в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования вне зависимости от применяемого способа оплаты устанавливаются единые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемые при межучрежденческих (могут осуществляться медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями в соответствии с заключенным тарифным соглашением) и межтерриториальных (осуществляются территориальным фондом обязательного медицинского страхования) расчетах, в соответствии с Требованиями.

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

**1.2.4. Правила применения коэффициента уровня (подуровня) оказания медицинской помощи**

С учетом объективных критериев, основанных на экономическом обосновании и расчетах, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов, по каждому уровню могут выделяться подуровни оказания медицинской помощи с установлением коэффициентов по каждому подуровню оказания медицинской помощи. При этом в соответствии с Требованиями в качестве таких критериев используются плотность населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности регионов, уровень расходов на содержание медицинских организаций и/или структурных подразделений медицинских организаций (медицинских пунктов, мобильных медицинских бригад, а также подразделений, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, и т.п.), достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Тыва.

При расчете коэффициентов уровня (подуровня) оказания медицинской помощи не учитываются половозрастной состав населения и расходы на содержание медицинских организаций и их структурных подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и оплату труда персонала (пункты 1.2.5 и 1.2.6 настоящего пункта Тарифного соглашения соответственно).

Снижение размера финансового обеспечения медицинской организации с учетом наличия у нее подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, по сравнению с уровнем предыдущего года недопустимо (без учета применения 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 ()).

**1.2.5. Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации**

С целью учета различий в потреблении медицинской помощи в Республике Тыва устанавливаются половозрастные коэффициенты дифференциации. Коэффициенты дифференциации рассчитываются на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, но не реже одного раза в год, и о численности застрахованных лиц за данный период.

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива выполняется следующий алгоритм:

1. Численность застрахованных лиц в Республике Тыва распределяется на половозрастные группы. Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц в Республике Тыва 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.

1. Все лица, застрахованные в Республике Тыва в расчетном периоде, распределяются на половозрастные группы. К расчету коэффициентов дифференциации принимается численность застрахованных лиц на территории Республики Тыва, определяемая на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц на первое число первого месяца расчетного периода.
2. Определяются затраты на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам - на основании реестров счетов (с учетом видов и условий оказания медицинской помощи) за расчетный период в разрезе половозрастной структуры застрахованных лиц на территории Республики Тыва.
3. Определяется размер затрат на одно застрахованное лицо (P) в Республики Тыва (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 Республики Тыва. |

1. Определяются размеры затрат на одно застрахованное лицо, попадающее в j-тый половозрастной интервал (Pj), 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 Республики Тыва, попадающего в j-тый половозрастной интервал. |

1. Рассчитываются коэффициенты дифференциации КДj для каждой половозрастной группы 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).

Если медицинская организация имеет структуру прикрепленного к ней населения равную структуре населения в целом по Республике Тыва, она имеет значение половозрастного коэффициента дифференциации равное 1.

Если структура прикрепленного к медицинской организации населения отличается от структуры населения в целом по Республике Тыва, то значения половозрастных коэффициентов дифференциации для медицинских организаций рассчитываются по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-той медицинской организаций; |
|  | 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. |

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

Указанный коэффициент дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (КДОТ) применяется в отношении медицинских организаций (юридических лиц) с учетом наличия у них подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями).

При этом критерии отдаленности устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

К подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц таких медицинских организаций с учетом расходов на содержание медицинской организации и оплату труда персонала исходя из расположения и отдаленности обслуживаемых территорий применяются следующие коэффициенты дифференциации в размере:

* для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, не менее 1,113,
* для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, – не менее 1,04.

При этом допустимо установление дифференцированных значений коэффициентов для разных медицинских организаций или их подразделений в зависимости от комплектности участков, обслуживаемого радиуса и др.

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 организаций (при наличии). |
|  | доля населения, обслуживаемая j-ым подразделением, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (значение от 0 до 1); |
|  | коэффициент дифференциации, применяемый к j-ому подразделению, расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание и оплату труда персонала. |

**1.2.7. Расчет дифференцированных подушевых нормативов и поправочного коэффициента**

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

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской организации, рублей; |
|  | коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, к которому относится i-тая медицинская организация; |
|  | районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации или г. Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР или коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг, установленные для территории, на которой расположена i-тая медицинская организация (в соответствии с Требованиями) (применяется в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории Республики Тыва). |

К общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

Фактический дифференцированный подушевой норматив для медицинской организации, имеющей прикрепленное население, рассчитывается по формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования i-той медицинской организации, рублей. |

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

При расчете размеров финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов применяются коэффициенты дифференциации, рассчитанные в соответствии с Постановлением Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - Постановление № 462).

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

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i-той медицинской организации; |
|  | число фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов  n-типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению); |
|  | размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа; |
|  | поправочный коэффициент финансового размера финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов определен Программой, устанавливается значение коэффициента равное 1). |

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

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

При оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи в определенных Программой случаях размер финансового обеспечения медицинской организации складывается исходя из фактически оказанных объемов 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, посещений (обращений); |
| Т | тариф за единицу объема медицинской первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рублей. |

При этом тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, является единым для всех медицинских организаций Республики Тыва, включенных в один уровень (подуровень) оказания медицинской помощи.

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

Для медицинских организаций, имеющих в структуре мобильные медицинские бригады, устанавливаются тарифы на медицинские услуги, оказанные мобильными медицинскими бригадами (Приложение 35).

Мобильная медицинская бригада организуется в структуре медицинской организации (ее структурного подразделения), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, для проведения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации и оказания первичной медико-санитарной помощи населению, в том числе жителям населенных пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий (п. 2 в ред. [Приказа](consultantplus://offline/ref=92F4D24349BCEEF0C0E3A5F20CD9364299B91B12ECAC2C3BF1511A339F00E0159CBF07AD3D0A4323489F4DBA4D64AB977868F978CF165AD4LAKCJ) Минздрава России от 27.03.2019 N 164н).

Проведение диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение, включающее в себя диспансерное наблюдение пациента в течение месяца. Установление тарифа на проведение диспансерного наблюдения пациента осуществляется исходя из кратности рекомендованных при данной патологии посещений врачей и диагностических исследований, в том числе с применением дистанционных технологий получения информации о функциональных и биохимических показателях состояния пациентов.

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерством здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019г. №124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017г. №514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013г. №72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013г. №216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью».

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются завершенными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

Случай диспансеризации детей-сирот и медицинских осмотров несовершеннолетних считается законченным при условии проведения осмотра врачом-психиатром. При этом в структуру тарифа за счет средств обязательного медицинского страхования расходы на проведение осмотра врачом-психиатром не включаются. Данный вид расходов оплачивается в рамках государственного задания в соответствии с Федеральным Законом № 83-ФЗ от 08.05.2010 г.

Для медицинских организаций, в составе которых на функциональной основе созданы Центры здоровья, единицей объема первичной медико-санитарной помощи является посещение:

а) впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования;

б) обратившихся граждан для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача Центра здоровья, направленным медицинской организацией по месту прикрепления; направленным медицинскими работниками образовательных учреждений; направленным врачом, ответственным за проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения из I (практически здоров) и II (риск развития заболеваний) групп состояния здоровья (далее - I и II группы состояния здоровья); направленным работодателем по заключению врача, ответственного за проведение углубленных медицинских осмотров с I и II группами состояния здоровья.

Медицинские организации, в которых созданы Центры здоровья, участвуют в реализации Территориальной программы ОМС в части оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи в этих структурных подразделениях.

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в Центрах здоровья, в том числе являющихся структурными подразделениями центров медицинской профилактики, осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования на основе реестров счетов, заполненных в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (X пересмотра) (далее - МКБ-10) по классу Z00-Z99 "Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения". При этом объемы оказанной первичной медико-санитарной помощи подлежат учету, контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (медико-экономическому контролю, медико-экономической экспертизе, экспертизе качества медицинской помощи) и оплате в соответствии с тарифами и способами оплаты данного вида медицинской помощи, принятыми Комиссией по разработке территориальной программы ОМС Республики Тыва.

Оплата первичного обращения гражданина в Центр здоровья производится по тарифу комплексной медицинской услуги Центра здоровья, включающей: измерение роста и веса, тестирование на аппаратно-программном комплексе для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма, скрининг сердца компьютеризированный (экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей), ангиологический скрининг с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчетом плечелодыжечного индекса <\*>, пульсоксиметрию, биоимпедансметрию<\*\*>, исследование на наличие наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов в биологических средах организма <\*\*>, анализ котинина и других биологических маркеров в моче и крови <\*\*>, экспресс-анализ для определения общего холестерина и глюкозы в крови, комплексную детальную оценку функций дыхательной системы (спирометр компьютеризированный), проверку остроты зрения, рефрактометрию, тонометрию, исследование бинокулярного зрения, определение вида и степени аметропии, наличия астигматизма, диагностику кариеса зубов, болезней пародонта, некариозных поражений, болезней слизистой оболочки и регистрацию стоматологического статуса пациента, осмотр врача.

<\*> Выполняется у пациентов старше 30 лет.

<\*\*> Выполняется при наличии показаний.

Тариф комплексной медицинской услуги Центра здоровья при первичном обращении включает расходы на проведение в полном объеме комплексного обследования для взрослых и детей, и осмотр врача.

Комплексное обследование взрослого и детского населения в Центре здоровья проводится один раз в год.

При необходимости врач рекомендует гражданину динамическое наблюдение в центре здоровья с проведением повторных исследований в соответствии с выявленными факторами риска. Оплата повторных обращений в Центр здоровья для динамического наблюдения производится по тарифу динамического наблюдения Центра здоровья, включающего осмотр врача и проведение необходимых исследований.

Условия, порядок оказания и учета неотложной медицинской помощи регламентируются нормативным документом Министерства здравоохранения Республики Тыва.

Тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) с учетом применения различных видов и методов исследований систем, органов и тканей человека, обусловленного заболеваемостью населения установлены в Приложении.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний.

Ежедневно врачу предоставляются сведения о возможных объемах отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии), предоставляемых в конкретных медицинских организациях.

Страховая медицинская организация принимает к оплате услуги при наличии направления на исследования от врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, и которого пациент выбрал в порядке прикрепления. Оплата медицинской помощи осуществляется в пределах объемов, установленных решением Комиссии.

**1.2.10. Расчет итогового объема финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи**

Итоговый объем финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в конкретной медицинской организации определяется следующим образом:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | фактический размер финансового обеспечения i-той медицинской организации в части оказания первичной медико-санитарной помощи, рублей; |
|  | размер средств, направляемых на оплату первичной-медико-санитарной помощи по КСГ, оказываемой в i-той медицинской организации в условиях дневного стационара, рублей; |
|  | размер средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) в i-той медицинской организации, рублей; |
|  | размер средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в i-той медицинской организации, рублей; |
|  | размер средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в i-той медицинской организации, рублей; |
|  | размер средств, направляемых на оплату посещений  в неотложной форме в i-той медицинской организации, рублей; |
|  | размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в i-той медицинской организации в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном Республике Тыва лицам (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами), рублей. |

**1.2.11. Особенности оплаты стоматологической помощи в амбулаторных условиях**

При оплате амбулаторной стоматологической медицинской помощи по посещениям и обращениям учитываются условные единицы трудоемкости (УЕТ), которые используются для планирования учета оказываемых услуг, отчетности деятельности специалистов, оплаты их труда.

Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях по тарифам с учетом УЕТ основана на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение, что является наиболее эффективным, так как сокращается время на вызов пациента, подготовку рабочего места, операционного поля, работу с документами и т.д. При этом для планирования объема финансовых средств на оплату стоматологической помощи в амбулаторных условиях учитывается средняя кратность УЕТ в одном посещении 4,2.

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, представлено в Приложении.

**2. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях**

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

* за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ);
* за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

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

* заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;
* услуг диализа, включающих различные методы.

При планировании объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и оплачиваемой по КСГ, из общего объема средств, рассчитанного исходя из нормативов территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, исключаются средства:

* предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;
* предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ (в случаях, являющихся исключениями);
* направляемые на формирование нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента (СПК) по сравнению с запланированным.

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 конкретной КПГ не учитывается. Например, оплата медицинской помощи по КСГ для случаев лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей может осуществляться при госпитализациях на койки как по профилю «Онкология», так и по профилю «Гематология». 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».

Формирование КПГ осуществляется на основе профилей медицинской деятельности в соответствии с [приказом](consultantplus://offline/ref=BCFE2643AC5DC6EFD52FB6DB04D04ACDB095D60E0FC1B504CA78532D75b5c5M) Минздравсоцразвития России от 17.05.2012г. № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи».

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

a. Диагноз (код по МКБ 10);

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

c. Схема лекарственной терапии;

d. МНН лекарственного препарата;

e. Возрастная категория пациента;

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

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

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

i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

j. Пол;

k. Длительность лечения.

Нумерация КПГ представлена в формате четырехзначного кода, в котором первым и вторым знаком являются латинские буквы st (для круглосуточного стационара), третий и четвертый знаки – это порядковый номер профиля. Номер КСГ формируются из номера КПГ, в которую включена соответствующая КСГ, и трехзначного номера КСГ внутри КПГ с разделением через точку. Например, КСГ «Сепсис, взрослые» в круглосуточном стационаре имеет код st12.005, где st12 – код профиля «Инфекционные болезни» в круглосуточном стационаре, а 005 – номер КСГ внутри КПГ «Инфекционные болезни».

Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ 10, являющийся основным поводом к госпитализации. Например, в случае, когда пациент, страдающий сахарным диабетом, госпитализирован в медицинскую организацию с легочной эмболией, для оплаты медицинской помощи в реестре счетов в поле «Основной диагноз» указывается легочная эмболия, в поле «Дополнительный диагноз» указывается сахарный диабет.

Исключением являются случаи, осложненные сепсисом и фебрильной нейтропенией (подробности кодирования указанных состояний представлены в Инструкции).

Описание алгоритма группировки с применением таблицы «Группировщик» для случаев лечения, оплата которых осуществляется по КСГ, представлено в Инструкции.

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

Размер финансового обеспечения медицинской организации по КСГ рассчитывается как сумма стоимости всех случаев госпитализации в стационаре:

base_1_217556_40, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей; |
|  | стоимость законченного случая госпитализации в стационарных условиях, рублей. |

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

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

1. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка);
2. Коэффициент относительной затратоемкости;
3. Коэффициент дифференциации;
4. Поправочные коэффициенты:

a. управленческий коэффициент;

b. коэффициент уровня оказания медицинской помощи;

c. коэффициент сложности лечения пациента.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (ССксг) по КСГ определяется по следующей формуле:

*, где*

|  |  |
| --- | --- |
| БС | размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), рублей; |
| КЗКСГ/КПГ | коэффициент относительной затратоемкости по КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне); |
| ПК | поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ (интегрированный коэффициент, устанавливаемый на региональном уровне); |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462. |

**2.1.1. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка)**

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), определяется исходя из следующих параметров:

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

Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории Республики Тыва, и рассчитывается по формуле:

base_1_217556_43.

Размер базовой ставки устанавливается на год. Корректировка базовой ставки возможна в случае значительных отклонений фактических значений от расчетных не чаще одного раза в квартал. Базовая ставка устанавливается тарифным соглашением отдельно для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

В связи с отсутствием возможности расчета СПК из-за недостаточного количества статистической информации его значение устанавливается на уровне 1,1.

Плановое количество случаев лечения по каждой медицинской организации (каждой КСГ) определяется согласно статистическим данным в рамках персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, осуществляемого в соответствии с главой 10 Федерального закона № 326-ФЗ с учетом запланированных изменений структуры госпитализаций на основании письменного обращения медицинской организации.

**2.1.2. Коэффициент относительной затратоемкости КСГ**

Коэффициент относительной затратоемкости определяется на федеральном уровне для каждой КСГ и при оказании медицинской помощи в стационарных условиях (Приложение 14) и не может быть изменен при установлении тарифов в Республике Тыва.

Перечни КСГ включают, в том числе КСГ с одинаковым наименованием, содержащим уточнение уровня. В таких случаях уровень означает уровень затратоемкости группы заболеваний (чем выше уровень, тем выше значение коэффициента относительной затратоемкости), а не уровень оказания медицинской помощи, установленный для медицинской организации.

**2.1.3. Поправочный коэффициент оплаты КСГ**

Поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты, установленных в Республике Тыва, по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| КУКСГ/КПГ | управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в Республике Тыва для данной КСГ); |
| КУСМО | коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент; |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в Республике Тыва для данного случая). |

Расчет и установление значений поправочных коэффициентов осуществляется отдельно для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

**2.1.3.1. Управленческий коэффициент**

Управленческий коэффициент (КУКСГ) устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории Республики Тыва, для конкретной КСГ.

Управленческий коэффициент применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи.

Значение управленческого коэффициента – от 0,8 до 1,4.

К КСГ, включающим оплату медицинской помощи с применением сложных медицинских технологий, в том числе при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности, а также к КСГ, связанным с применением лекарственной терапии онкологическим больным в условиях круглосуточного и дневного стационаров, применение понижающих коэффициентов не допускается.

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

К КСГ по профилю «Онкология» и «Детская онкология» управленческий коэффициент не применяется (устанавливается в значении 1).

**2.1.3.2. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи**

При оплате медицинской помощи учитываются этапы (уровни) предоставления медицинской помощи в соответствии с порядками ее оказания. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи устанавливается Тарифным соглашением, принятым на территории Республики Тыва, в разрезе трех уровней оказания медицинской помощи дифференцированно для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций. При этом структурные подразделения медицинской организации, оказывающие медицинскую помощь соответственно в стационарных условиях, исходя из маршрутизации пациентов, могут иметь различные коэффициенты уровня оказания медицинской помощи.

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.

Среднее значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи составляет:

1) для медицинских организаций 1-го уровня - 0,95;

2) для медицинских организаций 2-го уровня - 1,1;

3) для медицинских организаций 3-го уровня - 1,3.

В пределах 3-го уровня системы оказания медицинской помощи выделяется подуровень, включающий, в том числе федеральные медицинские организации, оказывающие ВМП в пределах нескольких субъектов Российской Федерации.

Границы значений коэффициента подуровня оказания медицинской помощи:

1. для медицинских организаций 1-го уровня от 0,932 до 0,975;
2. для медицинских организаций 2-го уровня от 1,068 до 1,093;
3. для медицинских организаций 3-го уровня 1,300.

Однако средневзвешенный коэффициент уровня (СКУСi) оказания медицинской помощи каждого уровня не может превышать средние значения. СКУСi рассчитывается по формуле:

base_1_217556_52, где:

|  |  |
| --- | --- |
| СКУСi | средневзвешенный коэффициент уровня i; |
| КУСмоj | коэффициент подуровня j; |
| Чслj | число случаев, пролеченных в стационарах с подуровнем j; |
| Чслi | число случаев в целом по уровню. |

Учитывая, что различия в затратах на оказание медицинской помощи учтены при расчете коэффициентов относительной затратоемкости, коэффициент уровня оказания медицинской помощи при оплате медицинской помощи по ряду КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне оказания медицинской помощи, не применяется.

Это группы, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне либо имеющие высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающие (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи (например, аппендэктомия), за исключением КСГ, относящихся к профилю «Детская онкология» и «Онкология».

Перечень КСГ, для которых не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи, приведен в таблице 1.

**Перечень групп, к которым не применяется КУС**

Табл.1

| № КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- |
| st01.001 | Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода |
| st02.002 | Беременность, закончившаяся абортивным исходом |
| st02.006 | Послеродовой сепсис |
| st02.012 | Операции на женских половых органах (уровень 3) |
| st03.002 | Ангионевротический отек, анафилактический шок |
| st04.001 | Язва желудка и двенадцатиперстной кишки |
| st06.003 | Легкие дерматозы |
| st09.003 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3) |
| st09.004 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4) |
| st09.008 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4) |
| st09.009 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5) |
| st09.010 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6) |
| st10.003 | Аппендэктомия, дети (уровень 1) |
| st10.005 | Операции по поводу грыж, дети (уровень 1) |
| st14.001 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) |
| st15.005 | Эпилепсия, судороги (уровень 1) |
| st15.008 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень1) |
| st15.009 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2) |
| st16.003 | Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии |
| st16.005 | Сотрясение головного мозга |
| st16.010 | Операции на периферической нервной системе (уровень 2) |
| st16.011 | Операции на периферической нервной системе (уровень 3) |
| st20.008 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4) |
| st20.009 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5) |
| st20.010 | Замена речевого процессора |
| st21.004 | Операции на органе зрения (уровень 4) |
| st21.005 | Операции на органе зрения (уровень 5) |
| st21.006 | Операции на органе зрения (уровень 6) |
| 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 |
| st28.004 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3) |
| st28.005 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4) |
| st29.002 | Переломы шейки бедра и костей таза |
| st29.003 | Переломы бедренной кости, другие травмы области бедра и тазобедренного сустава |
| st29.004 | Переломы, вывихи, растяжения области грудной клетки, верхней конечности и стопы |
| st29.005 | Переломы, вывихи, растяжения области колена и голени |
| st29.012 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4) |
| st29.013 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5) |
| st30.004 | Болезни предстательной железы |
| st30.008 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3) |
| st30.009 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4) |
| st30.015 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6) |
| st31.002 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) |
| st31.009 | Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1) |
| st31.010 | Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2) |
| st31.012 | Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей |
| st31.018 | Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы |
| st32.004 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4) |
| st32.010 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3) |
| st32.011 | Аппендэктомия, взрослые (уровень 1) |
| st32.012 | Аппендэктомия, взрослые (уровень 2) |
| st32.013 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1) |
| st32.014 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2) |
| st32.015 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3) |
| st36.001 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина |
| st36.003 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов |
| st36.007 | Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов |
| st36.009 | Реинфузия аутокрови |
| st36.010 | Баллонная внутриаортальная контрпульсация |
| st36.011 | Экстракорпоральная мембранная оксигенация |
| st37.004 | Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (6 баллов по ШРМ) |

При этом для структурных подразделений медицинских организаций 2-го уровня оказания медицинской помощи, осуществляющих оказание медицинской помощи по профилям «Детская онкология» и «Онкология» не может быть установлен коэффициент подуровня оказания медицинской помощи в размере менее 1.

**Группы, к которым не применяются понижающие КУ**

Это группы, 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 (таблица 2).

**Группы, к которым не применяются понижающие КУ**

Табл. 2

| № КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- |
| КСГ круглосуточного стационара | |
| st13.002 | Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2) |
| st13.003 | Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии |
| 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 |

**Группы, к которым не применяются повышающие КУ**

Это группы, лечение по которым может быть в подавляющем случае выполнено с применением стационар замещающих технологий либо амбулаторно (таблица 3).

**Группы, к которым не применяются повышающие КУ**

Табл. 3

|  |  |
| --- | --- |
| № КСГ | Наименование КСГ |
| st04.001 | Язва желудка и двенадцатиперстной кишки |
| st06.003 | Легкие дерматозы |
| 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 |

* + - 1. **Коэффициент сложности лечения пациента**

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) устанавливается Тарифным соглашением, принятым на территории Республики Тыва, к отдельным случаям оказания медицинской помощи.

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

КСЛП устанавливается на основании объективных критериев, перечень которых приводится в тарифном соглашении и в обязательном порядке отражаются в реестрах счетов.

КСЛП применяется при проведении молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования в ходе случаев диагностики злокачественных новообразований в стационарных условиях, в том числе в случаях госпитализации по поводу хирургического лечения. Применение КСЛП возможно, как при проведении молекулярно-генетического или иммуногистохимического исследования по отдельности, так и при проведении обоих указанных исследований.

КСЛП применяется также при сверхдлительных сроках госпитализации, обусловленных медицинскими показаниями. К сверхдлительным срокам госпитализаций относятся случаи лечения длительностью более 30 дней, за исключением ряда КСГ, для которых сверхдлительными являются сроки лечения, превышающие 45 дней (таблица 4):

**Перечень КСГ круглосуточного стационара, для которых сверхдлительными являются сроки лечения, превышающие 45 дней**

Табл.4

| № КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- |
| st10.001 | Детская хирургия (уровень 1) |
| st10.002 | Детская хирургия (уровень 2) |
| 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 |
| st29.007 | Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма) |
| st32.006 | Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2) |
| st32.007 | Панкреатит, хирургическое лечение |
| st33.007 | Ожоги (уровень 5) |

Правила отнесения случаев к сверхдлительным не распространяются на КСГ, объединяющие случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (st19.039-st19.055, ds19.001-ds19.015), т.е. указанные случаи не могут считаться сверхдлительными и оплачиваться с применением соответствующего КСЛП.

Значение КСЛП определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней.

Стоимость койко-дня для оплаты случаев сверхдлительного пребывания определяется с учетом компенсаций расходов на медикаменты и расходные материалы в профильном отделении.

, где:

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента;

Кдл – коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание и частично на другие статьи расходов. Рекомендуемое значение – 0,25 для обычных отделений, 0,4 – для реанимационных отделений. Конкретный размер устанавливается в тарифном соглашении;

ФКД – фактическое количество койко-дней;

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

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8, за исключением случаев сверхдлительной госпитализации. В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется без ограничения итогового значения.

Случаи, в которых устанавливаются КСЛП, и диапазоны его значений установлены Приложении 16.

**2.2. Оплата отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ**

**2.2.1. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи**

Тарифным соглашением определяется следующий порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.

В целях оплаты медицинской помощи к прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, представлен в таблице 5.

**Перечень КСГ круглосуточного стационара, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения**

Табл. 5

| № КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- |
| st02.001 | Осложнения, связанные с беременностью |
| st02.002 | Беременность, закончившаяся абортивным исходом |
| st02.003 | Родоразрешение |
| st02.004 | Кесарево сечение |
| st02.010 | Операции на женских половых органах (уровень 1) |
| st02.011 | Операции на женских половых органах (уровень 2) |
| st03.002 | Ангионевротический отек, анафилактический шок |
| st05.006 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые\* |
| st05.007 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые\* |
| st05.008 | Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе\* |
| st05.009 | Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы\* |
| st05.010 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети\* |
| st05.011 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети\* |
| st12.010 | Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые |
| st12.011 | Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети |
| st14.002 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2) |
| st15.008 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень1)\* |
| st15.009 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина  (уровень 2)\* |
| st16.005 | Сотрясение головного мозга |
| st19.007 | Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2) |
| st19.027 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)\* |
| st19.028 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)\* |
| st19.029 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)\* |
| st19.030 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)\* |
| st19.031 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)\* |
| st19.032 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)\* |
| st19.033 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)\* |
| st19.034 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)\* |
| st19.035 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)\* |
| st19.036 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)\* |
| st19.056 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)\* |
| st19.057 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)\* |
| st19.058 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)\* |
| st19.038 | Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований |
| st20.005 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| st20.006 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| st20.010 | Замена речевого процессора |
| st21.001 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| st21.002 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| st21.003 | Операции на органе зрения (уровень 3) |
| st21.004 | Операции на органе зрения (уровень 4) |
| st21.005 | Операции на органе зрения (уровень 5) |
| st21.006 | Операции на органе зрения (уровень 6) |
| st25.004 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы |
| st27.012 | Отравления и другие воздействия внешних причин |
| st30.006 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1) |
| st30.010 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1) |
| st30.011 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2) |
| st30.012 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3) |
| st30.014 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5) |
| st31.017 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи |
| st32.002 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2) |
| st32.012 | Аппендэктомия, взрослые (уровень 2) |
| st32.016 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1) |
| st34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| st36.001 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина\* |
| st36.003 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов\* |
| st36.007 | Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов |
| st36.009 | Реинфузия аутокрови |
| st36.010 | Баллонная внутриаортальная контрпульсация |
| st36.011 | Экстракорпоральная мембранная оксигенация |

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

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

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

- при длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости КСГ (таблица 5).

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 – 60% от стоимости КСГ (таблица 6).

**Перечень КСГ круглосуточно стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию**

Табл. 6

| № КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- |
| st02.003 | Родоразрешение |
| st02.004 | Кесарево сечение |
| st02.010 | Операции на женских половых органах (уровень 1) |
| st02.011 | Операции на женских половых органах (уровень 2) |
| st02.012 | Операции на женских половых органах (уровень 3) |
| st02.013 | Операции на женских половых органах (уровень 4) |
| st09.001 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1) |
| st09.002 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 2) |
| st09.003 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3) |
| st09.004 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4) |
| st09.005 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 1) |
| st09.006 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 2) |
| st09.007 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 3) |
| st09.008 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4) |
| st09.009 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5) |
| st09.010 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6) |
| st10.001 | Детская хирургия (уровень 1) |
| st10.002 | Детская хирургия (уровень 2) |
| st10.003 | Аппендэктомия, дети (уровень 1) |
| st10.004 | Аппендэктомия, дети (уровень 2) |
| st10.005 | Операции по поводу грыж, дети (уровень 1) |
| st10.006 | Операции по поводу грыж, дети (уровень 2) |
| st10.007 | Операции по поводу грыж, дети (уровень 3) |
| st13.002 | Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2) |
| st13.003 | Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии |
| st13.005 | Нарушения ритма и проводимости (уровень 2) |
| st13.007 | Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2) |
| st14.001 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) |
| st14.002 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2) |
| st14.003 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 3) |
| st15.015 | Инфаркт мозга (уровень 2) |
| st15.016 | Инфаркт мозга (уровень 3) |
| st16.007 | Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 1) |
| st16.008 | Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2) |
| st16.009 | Операции на периферической нервной системе (уровень 1) |
| st16.010 | Операции на периферической нервной системе (уровень 2) |
| st16.011 | Операции на периферической нервной системе (уровень 3) |
| st18.002 | Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа |
| st19.001 | Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1) |
| st19.002 | Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2) |
| st19.003 | Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3) |
| st19.004 | Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1) |
| st19.005 | Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2) |
| st19.006 | Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1) |
| st19.007 | Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2) |
| st19.008 | Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3) |
| st19.009 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1) |
| st19.010 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2) |
| st19.011 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3) |
| st19.012 | Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы  (уровень 1) |
| st19.013 | Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы  (уровень 2) |
| st19.014 | Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1) |
| st19.015 | Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2) |
| st19.016 | Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 1) |
| st19.017 | Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 2) |
| st19.018 | Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1) |
| st19.019 | Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2) |
| st19.020 | Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3) |
| st19.021 | Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости |
| st19.022 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях |
| st19.023 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1) |
| st19.024 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2) |
| st19.025 | Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1) |
| st19.026 | Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2) |
| st19.038 | Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований |
| st20.005 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| st20.006 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| st20.007 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3) |
| st20.008 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4) |
| st20.009 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5) |
| st20.010 | Замена речевого процессора |
| st21.001 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| st21.002 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| st21.003 | Операции на органе зрения (уровень 3) |
| st21.004 | Операции на органе зрения (уровень 4) |
| st21.005 | Операции на органе зрения (уровень 5) |
| st21.006 | Операции на органе зрения (уровень 6) |
| st24.004 | Ревматические болезни сердца (уровень 2) |
| st25.004 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы |
| st25.005 | Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 1) |
| st25.006 | Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 2) |
| st25.007 | Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 3) |
| st25.008 | Операции на сосудах (уровень 1) |
| st25.009 | Операции на сосудах (уровень 2) |
| st25.010 | Операции на сосудах (уровень 3) |
| st25.011 | Операции на сосудах (уровень 4) |
| st25.012 | Операции на сосудах (уровень 5) |
| st27.007 | Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2) |
| st27.009 | Другие болезни сердца (уровень 2) |
| st28.002 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения  (уровень 1) |
| st28.003 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения  (уровень 2) |
| st28.004 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения  (уровень 3) |
| st28.005 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения  (уровень 4) |
| st29.008 | Эндопротезирование суставов |
| st29.009 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1) |
| st29.010 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2) |
| st29.011 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3) |
| st29.012 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4) |
| st29.013 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5) |
| st30.006 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1) |
| st30.007 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2) |
| st30.008 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3) |
| st30.009 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4) |
| st30.010 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1) |
| st30.011 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2) |
| st30.012 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3) |
| st30.013 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 4) |
| st30.014 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5) |
| st30.015 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6) |
| st31.002 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) |
| st31.003 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2) |
| st31.004 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3) |
| st31.005 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 4) |
| st31.006 | Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 1) |
| st31.007 | Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 2) |
| st31.008 | Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 3) |
| st31.009 | Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1) |
| st31.010 | Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2) |
| st31.015 | Остеомиелит (уровень 3) |
| st31.019 | Операции на молочной железе (кроме злокачественных новообразований) |
| st32.001 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 1) |
| st32.002 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2) |
| st32.003 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 3) |
| st32.004 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4) |
| st32.005 | Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 1) |
| st32.006 | Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2) |
| st32.007 | Панкреатит, хирургическое лечение |
| st32.008 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1) |
| st32.009 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2) |
| st32.010 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3) |
| st32.011 | Аппендэктомия, взрослые (уровень 1) |
| st32.012 | Аппендэктомия, взрослые (уровень 2) |
| st32.013 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1) |
| st32.014 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2) |
| st32.015 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3) |
| st32.016 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1) |
| st32.017 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2) |
| st32.018 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 3) |
| st34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| st34.003 | Операции на органах полости рта (уровень 2) |
| st34.004 | Операции на органах полости рта (уровень 3) |
| st34.005 | Операции на органах полости рта (уровень 4) |
| st36.009 | Реинфузия аутокрови |
| st36.010 | Баллонная внутриаортальная контрпульсация |
| st36.011 | Экстракорпоральная мембранная оксигенация |

В целях определения размера оплаты прерванного случая при оплате по КПГ необходимо вести учет хирургических вмешательств и проведения тромболитической терапии (для случаев лечения инфаркта миокарда, инсульта и легочной эмболии).

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара, в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар, 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 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

**2.2.1.1. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях**

В случае, если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились (3 дня – не более 50%, больше 3 дней – от 50% до 100%).

**2.2.1.2. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией**

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

Прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились (3 дня – не более 50%, больше 3 дней – от 50% до 100%).

**2.2.1.3. Оплата по двум КСГ в рамках одного пролеченного случая**

Оплата больных, переведенных в пределах стационара из одного отделения в другое, производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, за исключением случаев перевода пациента из отделения в отделение медицинской организации, обусловленного возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания. Такие случаи целесообразно оплачивать по двум КСГ. Например, при выполнении новорожденным оперативных вмешательств из КСГ st10.001 «Детская хирургия (уровень 1)» в период пребывания в стационаре в связи с низкой и крайне низкой массой тела предполагается оплата по двум КСГ.

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

При этом оплата по 2 КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

O14.1 Тяжелая преэклампсия.

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

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

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

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

Оплата по двум КСГ осуществляется также в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

* проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
* случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;
* этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (*например:* удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы   
  (операция 2));
* проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания.

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

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

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

При направлении в медицинскую организацию, в том числе федеральную, с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания ВМП, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ 10 либо по коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

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

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

Отнесение случая оказания медицинской помощи к ВМП осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках перечня видов ВМП, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения ВМП (далее – Перечень). Оплата видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий. При этом размер тарифа на оплату медицинской помощи, рассчитанный по КСГ с учетом применения поправочных коэффициентов (за исключением коэффициента сложности лечения пациента), не должен превышать норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему методу.

**2.2.3. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»**

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

Для КСГ №№ st37.001-st37.018 в стационарных условиях критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в Республике Тыва. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Градации оценки и описание ШРМ приведены в Инструкции.

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

**2.2.4. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа в круглосуточном стационаре**

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях круглосуточного стационара – за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации.

Для расчета услуг диализа на территории Республики Тыва, к базовому тарифу на оплату диализа применяются коэффициенты относительной затратоемкости, представленные в Приложении 30. Базовый тариф на оплату диализа представлен в Приложении 29. Стоимость услуг диализа с применением коэффициентов затратоемкости представлен в Приложении 31.

Применение коэффициента дифференциации к стоимости услуги осуществляется с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи. Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг не допускается. В стационарных условиях к законченному случаю относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

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

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

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

**2.2.6. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»**

Формирование КСГ и расчет коэффициентов относительной затратоемкости КСГ по профилю «Онкология» для случаев лечения пациентов со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) в стационарных условиях выполнены в соответствии с моделями диагностики и лечения пациентов в составе проектов стандартов медицинской помощи, разработанных на основании утвержденных Ассоциацией онкологов России клинических рекомендаций по профилю «Онкология».

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

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

КСГ для случаев лекарственной терапии формируются на основании кода МКБ 10 и схемы лекарственной терапии.

**2.2.6.1. Лекарственная терапия злокачественных новообразований КСГ st08.001-st08.003, st19.027-st19.036, st19.056-st19.061**

Отнесение случаев к группам st19.027-st19.036, st19.056-st19.058 охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у взрослых (кроме ЗНО кроветворной и лимфоидной ткани), осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (С00-С80, С97, D00-D09) и кода схемы лекарственной терапии (sh001 – sh688, sh903, sh904).

При этом указание в реестре счетов на оплату медицинской помощи услуги A25.30.033 «Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у взрослых» аналогично другим услугам, в том числе не являющимся тарифообразующими, возможно в соответствии с Общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79.

За законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанному в столбце «Количество дней введения в тарифе» листа «Схемы лекарственной терапии».

Количество дней введения не равно числу введений, так как в один день больной может получать несколько лекарственных препаратов. Также количество дней введения не равно длительности госпитализации.

Оплата случая в рамках КСГ рассчитана исходя из определенного количества дней введения. При этом количество дней госпитализации может превышать количество дней введения с учетом периода наблюдения пациента до и после введения лекарственных препаратов. В случае включения в тариф 1 дня введения лекарственных препаратов из нескольких дней, составляющих цикл, предполагается, что между госпитализациями с целью введения лекарственных препаратов (в том числе в рамках одного цикла) пациенту не показано пребывание в условиях круглосуточного стационара.

В случае применения многокомпонентной схемы, в которой в первое введение вводится несколько препаратов, а в последующие введения вводится один препарат, стоимость КСГ рассчитана по принципу усреднения затрат и распределена равномерно между введениями в рамках цикла. В указанных случаях для всех введений должен использоваться одинаковый код схемы.

Отнесение случаев лекарственного лечения с применением схем, не включенных в справочник в качестве классификационного критерия, производится по кодам sh903 или sh904 по следующему правилу:

|  |  |
| --- | --- |
| sh903 | Прочие схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях: C00, C07, C08, C09, C10, C11, C12, C13, C15, C16, C18, C19, C20, C21, C22, C22.0, C22.1, C23, C24, C25, C30, C31, C32, C33, C34, C37, C38, C40, C41, C43, C44, C45, C45.0, C48, C49, C50, C51, C52, C53, C54, C56, C57, C58, C60, C61, C62, C64, C65, C66, C67, C70, C71, C72, C73, C74.0, D00-D07, D09.1, D09.3-D09.9 |
| sh904 | Прочие схемы лекарственной терапии при иных злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей): C01, C02, C03, C04, C05, C06, C14, C17, C22.2-C22.9, C26, C39, C45.1-C45.9, C46, C47, C55, C63, C68, C69, C74.1-C74.9, C75, C76, C77, C78, C79, C80, C97, D09.2 |

Отнесение случаев к группам, st08.001-st08.003, st19.059-st19.061 охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у детей и злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей у взрослых, производится на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С», кодов Номенклатуры и возраста - менее 18 лет или 18 лет и более.

Отнесение к КСГ st08.001-st08.003, st19.059, st19.060 производится по кодам Номенклатуры:

A25.30.014 Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей;

A25.30.033 Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у взрослых.

Отнесение к КСГ st19.061 «Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы» производится путем комбинации кодов С81-С96 и кодов Номенклатуры:

|  |  |
| --- | --- |
| Код услуги | Наименование услуги |
| А25.30.033.001 | Назначение биотерапии с применением моноклональных антител при онкологическом заболевании у взрослых |
| А25.30.033.002 | Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов протеинкиназы при злокачественном новообразовании у взрослых |

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

Например, применение препарата, который согласно АТХ-классификации относится к моноклональным антителам, кодируется услугой А25.30.033.001 Назначение биотерапии с применением моноклональных антител при онкологическом заболевании у взрослых.

**2.2.6.2. КСГ st19.037 «Фебрильная нейтропения, агранулоцитоз вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований»**

Данная КСГ применяется в случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз являются основным поводом для госпитализации после перенесенного специализированного противоопухолевого лечения. В случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз развивается у больного в ходе госпитализации с целью проведения специализированного противоопухолевого лечения, оплата производится по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Отнесение случаев лечения к КСГ st19.037 осуществляется по сочетанию двух кодов МКБ 10 (С. и D70 Агранулоцитоз). Учитывая, что кодирование фебрильной нейтропении, агранулоцитоза по КСГ st19.037 осуществляется в случаях госпитализации по поводу осложнений специализированного противоопухолевого лечения, в столбце «Основной диагноз» необходимо указать диагноз, соответствующий злокачественному заболеванию, а код D70 необходимо указать в столбце «Диагноз осложнения». В случае если код D70 указан в столбце «Основной диагноз», случай лечения будет отнесен к другой КСГ, не связанной с лечением злокачественного новообразования.

**2.2.6.3. Лучевая терапия КСГ st19.039-st19.048**

Отнесение к соответствующей КСГ случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций) – таблица 7.

**Справочник диапазонов числа фракций (столбец «Диапазон фракций» листа «Группировщик»)**

Табл. 7

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

**2.2.6.4. Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией КСГ st19.049-st19.055**

Для оплаты случаев лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией и лекарственными препаратами предусмотрены соответствующие КСГ. Отнесение к группам осуществляется по коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой с учетом количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций), а также кода МНН лекарственных препаратов.

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

В случае применения лекарственных препаратов, не относящихся к перечню МНН лекарственных препаратов на вкладке «МНН ЛП в сочетании   
с ЛТ» файла «Расшифровка групп», оплата случая осуществляется по соответствующей КСГ для случаев проведения лучевой терапии.

**2.2.6.5. Хирургическая онкология**

Отнесение к КСГ производится при комбинации диагнозов C00-C80, C97 и D00-D09 и услуг, обозначающих выполнение оперативного вмешательства.

К таким КСГ относятся (таблица 8):

Табл. 8

|  |  |
| --- | --- |
| st19.001 | Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1) |
| st19.002 | Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2) |
| st19.003 | Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3) |
| st19.004 | Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1) |
| st19.005 | Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2) |
| st19.006 | Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1) |
| st19.007 | Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2) |
| st19.008 | Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3) |
| st19.009 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1) |
| st19.010 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2) |
| st19.011 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3) |
| st19.012 | Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1) |
| st19.013 | Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2) |
| st19.014 | Мастэктомия , другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1) |
| st19.015 | Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2) |
| st19.016 | Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 1) |
| st19.017 | Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 2) |
| st19.018 | Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1) |
| st19.019 | Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2) |
| st19.020 | Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3) |
| st19.021 | Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости |
| st19.022 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях |
| st19.023 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1) |
| st19.024 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2) |
| st19.025 | Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1) |
| st19.026 | Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2) |
| ds19.016 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1) |
| ds19.017 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2) |

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

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

**2.2.6.6.  КСГ st36.012 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения»**

Отнесение к данной КСГ производится, если диагноз относится к классу С, при этом больному не оказывалось услуг, являющихся классификационным критерием (химиотерапии, лучевой терапии, хирургической операции). Данная группа может применяться в случае необходимости проведения поддерживающей терапии и симптоматического лечения.

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

**2.2.6.7. КСГ st27.014 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования»**

Отнесение случая к этой группе осуществляется с применением соответствующего кода номенклатуры из раздела «B». Данная группа предназначена в основном для оплаты случаев госпитализаций в отделения / медицинские организации неонкологического профиля, когда в ходе обследования выявлено злокачественное новообразование с последующим переводом (выпиской) больного для лечения в профильной организации.

**2.2.6.8. Особенности формирования КСГ для оплаты случаев оказания медицинской помощи при эпилепсии**

Оплата случаев лечения по поводу эпилепсии в круглосуточном стационаре осуществляется по четырем КСГ профиля «Неврология», при этом КСГ st15.005 «Эпилепсия, судороги (уровень 1)» формируется только по коду диагноза по МКБ 10, а КСГ st15.018, st15.019 и st15.020 формируются по сочетанию кода диагноза и иного классификационного критерия «ep1», «ep2» или «ep3» соответственно, с учетом объема проведенных лечебно-диагностических мероприятий. Детальное описание группировки указанных КСГ представлено в таблице 9.

Табл. 9

| КСГ | Коды диагноза МКБ 10 | Иной классификационный критерий | Описание классификационного критерия |
| --- | --- | --- | --- |
| st15.005 «Эпилепсия, судороги (уровень 1)» | G40, G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.6, G40.7, G40.8, G40.9, G41, G41.0, G41.1, G41.2, G41.8, G41.9, R56, R56.0, R56.8 | нет | --- |
| st15.018 «Эпилепсия, судороги (уровень 2)» | G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8, G40.9, R56, R56.0, R56.8 | ep1 | Обязательное выполнение магнитно-резонансной томографии с высоким разрешением (3 Тс) по программе эпилептического протокола и проведение продолженного видео-ЭЭГ мониторинга с включением сна (не менее 4 часов) |
| st15.019 «Эпилепсия (уровень 3)» | G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8, G40.9 | ep2 | Обязательное выполнение магнитно-резонансной томографии с высоким разрешением (3 Тс) по программе эпилептического протокола и проведение продолженного видео-ЭЭГ мониторинга с включением сна (не менее 4 часов) и терапевтического мониторинга противоэпилептических препаратов в крови с целью подбора противоэпилептической терапии |
| st15.020 «Эпилепсия (уровень 4)» | G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.8, G40.9 | ep3 | Обязательное выполнение магнитно-резонансной томографии с высоким разрешением (3 Тс) по программе эпилептического протокола и проведение продолженного видео-ЭЭГ мониторинга с включением сна (не менее 24 часов) и терапевтического мониторинга противоэпилептических препаратов в крови с целью подбора противоэпилептической терапии и консультация врача-нейрохирурга |

**2.2.6.9. Особенности формирования КСГ для случаев лечения неврологических заболеваний с применением ботулотоксина**

Отнесение к КСГ st15.008 и st15.009 производится по комбинации кода МКБ 10 (диагноза) и кода Номенклатуры A25.24.001.002 «Назначение ботулинического токсина при заболеваниях периферической нервной системы» (таблицы 10 и 11).

**Перечень диагнозов, являющихся классификационным критерием отнесения к КСГ «Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)» (st15.008)**

Табл. 10

| Код МКБ 10 | Диагноз |
| --- | --- |
| G20 | Болезнь Паркинсона |
| G23.0 | Болезнь Геллервордена-Шпатца |
| G24 | Дистония |
| G24.0 | Дистония, вызванная лекарственными средствами |
| G24.1 | Идиопатическая семейная дистония |
| G24.2 | Идиопатическая несемейная дистония |
| G24.3 | Спастическая кривошея |
| G24.4 | Идиопатическая рото-лицевая дистония |
| G24.5 | Блефароспазм |
| G24.8 | Прочие дистонии |
| G24.9 | Дистония неуточненная |
| G35 | Рассеянный склероз |
| G43 | Мигрень |
| G43.0 | Мигрень без ауры [простая мигрень] |
| G43.1 | Мигрень с аурой [классическая мигрень] |
| G43.2 | Мигренозный статус |
| G43.3 | Осложненная мигрень |
| G43.8 | Другая мигрень |
| G43.9 | Мигрень неуточненная |
| G44 | Другие синдромы головной боли |
| G44.0 | Синдром «гистаминовой» головной боли |
| G44.1 | Сосудистая головная боль, не классифицированная в других рубриках |
| G44.2 | Головная боль напряженного типа |
| G44.3 | Хроническая посттравматическая головная боль |
| G44.4 | Головная боль, вызванная применением лекарственных средств, не классифицированная в других рубриках |
| G44.8 | Другой уточненный синдром головной боли |
| G51.3 | Клонический гемифациальный спазм |
| G80 | Детский церебральный паралич |
| G80.0 | Спастический церебральный паралич |
| G80.1 | Спастическая диплегия |
| G80.2 | Детская гемиплегия |
| G80.3 | Дискинетический церебральный паралич |
| G80.4 | Атактический церебральный паралич |
| G80.8 | Другой вид детского церебрального паралича |
| G80.9 | Детский церебральный паралич неуточненный |
| G81.9 | Гемиплегия неуточненная |
| G82.5 | Тетраплегия неуточненная |

**Перечень диагнозов, являющихся классификационным критерием отнесения к КСГ «Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)» (st15.009)**

Табл. 11

| Код МКБ 10 | Диагноз |
| --- | --- |
| G81.1 | Спастическая гемиплегия |
| G82.1 | Спастическая параплегия |
| G82.4 | Спастическая тетраплегия |

**2.2.6.10. Особенности формирования отдельных КСГ, объединяющих случаи лечения болезней системы кровообращения**

Отнесение к большинству КСГ кардиологического (а также ревматологического или терапевтического) профиля производится путем комбинации двух классификационных критериев: терапевтического диагноза и услуги. Это следующие КСГ (таблица 12):

Табл. 12

| № КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- |
| лосуточный стационарКруг | |
| st13.002 | Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2) |
| st13.003 | Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии |
| st13.005 | Нарушения ритма и проводимости (уровень 2) |
| st13.007 | Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2) |
| st24.004 | Ревматические болезни сердца (уровень 2) |
| st27.007 | Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2) |
| st27.009 | Другие болезни сердца (уровень 2) |

Соответственно, если предусмотренные для отнесения к этим КСГ услуги не оказывались, случай классифицируется по диагнозу в соответствии с кодом МКБ 10.

Аналогичный подход применяется при классификации госпитализаций при инфаркте мозга: при проведении тромболитической терапии и/или ряда диагностических манипуляций случай относится к одной из двух КСГ (таблица 13):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № КСГ | Наименование КСГ | КЗ |
| st15.015 | Инфаркт мозга (уровень 2) | 3,12 |
| st15.016 | Инфаркт мозга (уровень 3) | 4,51 |

Если никаких услуг, являющихся классификационными критериями, больным не оказывалось, случай должен относиться к КСГ st15.014 «Инфаркт мозга (уровень 1)».

**Классификационные критерии отнесения к КСГ st15.015 и st15.016** Табл. 13

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код услуги | Наименование услуги | № КСГ |
| A06.12.031.001 | Церебральная ангиография тотальная селективная | st15.016 |
| A05.12.006 | Магнитно-резонансная ангиография с контрастированием (одна область) | st15.016 |
| A06.12.056 | Компьютерно-томографическая ангиография сосудов головного мозга | st15.016 |
| A25.30.036.002 | Назначение ферментных фибринолитических лекарственных препаратов для внутривенного введения при инсульте | st15.015 |
| A06.12.031 | Церебральная ангиография | st15.016 |
| A25.30.036.003 | Назначение ферментных фибринолитических лекарственных препаратов для внутриартериального введения при инсульте | st15.016 |

**КСГ st25.004 «Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы»**

Данные КСГ предназначены для оплаты краткосрочных (не более трех дней) случаев госпитализации, целью которых является затратоемкое диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения.

Отнесение к данным КСГ производится по комбинации критериев: услуга, представляющая собой метод диагностического обследования, и терапевтический диагноз, в том числе относящийся к диапазон~~у~~ «I.» и Q20-Q28 по МКБ 10 для болезней системы кровообращения.

**Алгоритм формирования группы:**

**КСГ st25.004**

**Код Номенклатуры**

**КС:** А06.10.006, A06.10.008, A06.12.003 и другие

**ДС:** А06.10.006,

A06.10.006.002

**Диагноз**

I. и другие

**Больше 3 дней**

**Меньше 3 дней**

**(код 1)**

**Другая КСГ**

**3. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара**

При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (в том числе для медицинской реабилитации в медицинских организациях (структурных подразделениях)) в соответствии с Программой применяются следующие способы оплаты:

* за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ);
* за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

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

* услуг диализа, включающих различные методы.

При планировании объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ, из общего объема средств, рассчитанного исходя из нормативов территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, исключаются средства:

* предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;
* предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ (в случаях, являющихся исключениями);
* направляемые на формирование нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента (СПК) по сравнению с запланированным.

Все КСГ распределены по профилям медицинской помощи, при этом часть диагнозов, 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 конкретной КПГ не учитывается. Исключением являются КСГ, включенные в профиле «Медицинская реабилитация», лечение которых может осуществляться только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Формирование КПГ осуществляется на основе профилей медицинской деятельности в соответствии с [приказом](consultantplus://offline/ref=BCFE2643AC5DC6EFD52FB6DB04D04ACDB095D60E0FC1B504CA78532D75b5c5M) Минздравсоцразвития России от 17.05.2012г. №555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» (в ред. приказа Минздрава России от 16.12.2014 №843н).

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

a. Диагноз (код по МКБ 10);

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

c. Схема лекарственной терапии;

d. МНН лекарственного препарата;

e. Возрастная категория пациента;

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

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

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

i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

j. Пол;

k. Длительность лечения.

Нумерация КПГ представлена в формате четырехзначного кода, в котором первым и вторым знаком являются латинские буквы ds (для дневного стационара), третий и четвертый знаки – это порядковый номер профиля. Номер КСГ формируются из номера КПГ, в которую включена соответствующая КСГ, и трехзначного номера КСГ внутри КПГ с разделением через точку.

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

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

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

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

1. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка);
2. Коэффициент относительной затратоемкости;
3. Коэффициент дифференциации;
4. Поправочные коэффициенты:

a. управленческий коэффициент;

b. коэффициент уровня оказания медицинской помощи;

c. коэффициент сложности лечения пациента.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (ССксг) по КСГ определяется по следующей формуле:

*, где*

|  |  |
| --- | --- |
| БС | размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), рублей; |
| КЗКСГ/КПГ | коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне); |
| ПК | поправочный коэффициент оплаты КСГ (интегрированный коэффициент, устанавливаемый на региональном уровне); |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462. |

**3.1.1. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка)**

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), определяется исходя из следующих параметров:

* объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой 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 средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории Республики Тыва, и рассчитывается по формуле:

base_1_217556_43.

Размер базовой ставки устанавливается на год. Корректировка базовой ставки возможна в случае значительных отклонений фактических значений от расчетных не чаще одного раза в квартал. Базовая ставка устанавливается тарифным соглашением отдельно для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

В связи с отсутствием возможности расчета СПК из-за недостаточного количества статистической информации его значение устанавливается на уровне 1,1.

Плановое количество случаев лечения по каждой медицинской организации (каждой КСГ) определяется согласно статистическим данным в рамках персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, осуществляемого в соответствии с главой 10 Федерального закона № 326-ФЗ с учетом запланированных изменений структуры госпитализаций на основании письменного обращения медицинской организации.

**3.1.2. Коэффициент относительной затратоемкости КСГ**

Коэффициент относительной затратоемкости определяется на федеральном уровне для каждой КСГ и при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара (Приложение 15) и не может быть изменен при установлении тарифов в Республике Тыва.

Перечни КСГ включают, в том числе КСГ с одинаковым наименованием, содержащим уточнение уровня. В таких случаях уровень означает уровень затратоемкости группы заболеваний (чем выше уровень, тем выше значение коэффициента относительной затратоемкости), а не уровень оказания медицинской помощи, установленный для медицинской организации.

**3.1.3. Поправочный коэффициент оплаты КСГ**

Поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты, установленных в Республике Тыва, по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| КУКСГ/КПГ | управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в Республике Тыва для данной КСГ); |
| КУСМО | коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент; |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в Республике Тыва для данного случая). |

Расчет и установление значений поправочных коэффициентов осуществляется отдельно для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

**3.1.3.1. Управленческий коэффициент**

Управленческий коэффициент (КУКСГ) устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории Республики Тыва, для конкретной КСГ.

Цель установления управленческого коэффициента состоит в мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализации при заболеваниях и состояниях, входящих в определенную КСГ, и стимулировании к внедрению конкретных современных методов лечения.

Управленческий коэффициент применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи.

Значение управленческого коэффициента не может превышать 1,4.

В случае применения управленческого коэффициента с целью коррекции рисков, его значение должно быть рассчитано с учетом фактических расходов на оказание медицинской помощи в рамках конкретной КСГ.

К КСГ, включающим оплату медицинской помощи с применением сложных медицинских технологий, в том числе при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности, а также к КСГ, связанным с применением лекарственной терапии онкологическим больным в условиях дневного стационаров, применение понижающих коэффициентов не допускается.

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

К КСГ по профилю «Онкология» и «Детская онкология» управленческий коэффициент не применяется (устанавливается в значении 1).

**3.1.3.2. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи**

При оплате медицинской помощи учитываются этапы (уровни) предоставления медицинской помощи в соответствии с порядками ее оказания. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории Республики Тыва, в разрезе трех уровней оказания медицинской помощи дифференцированно для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций. При этом структурные подразделения медицинской организации, оказывающие медицинскую помощь соответственно в условиях дневного стационара, исходя из маршрутизации пациентов, могут иметь различные коэффициенты уровня оказания медицинской помощи.

Решение по установлению коэффициента уровня оказания медицинской помощи для КСГ в условиях дневного стационара принимается на уровне Республики Тыва.

**3.1.3.3. Коэффициент сложности лечения пациента**

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) устанавливается Тарифным соглашением, принятым на территории Республики Тыва, к отдельным случаям оказания медицинской помощи.

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

КСЛП устанавливается на основании объективных критериев, перечень которых приводится в тарифном соглашении и в обязательном порядке отражаются в реестрах счетов.

Случаи, в которых устанавливаются КСЛП, и диапазоны его значений представлены в Приложении 17.

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8.

**3.2. Оплата отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ**

**3.2.1. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи**

Тарифным соглашением определяется следующий порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.

В целях оплаты медицинской помощи к прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

Группы дневного стационара, являющиеся исключениями, по которым осуществляется оплата в полном объеме, независимо от длительности лечения представлены в таблице 14:

**Перечень КСГ дневного стационара, по которым целесообразно осуществлять оплату в полном объеме независимо от длительности лечения**

Табл. 14

| № КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- |
| ds02.001 | Осложнения беременности, родов, послеродового периода |
| ds02.006 | Искусственное прерывание беременности (аборт) |
| ds02.007 | Аборт медикаментозный |
| ds05.003 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые\* |
| ds05.004 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые\* |
| ds05.005 | Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе\* |
| ds05.006 | Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы\* |
| ds05.007 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети\* |
| ds15.002 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина  (уровень 1)\* |
| ds15.003 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина  (уровень 2)\* |
| ds19.018 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)\* |
| ds19.019 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)\* |
| ds19.020 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)\* |
| ds19.021 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)\* |
| ds19.022 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)\* |
| ds19.023 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)\* |
| ds19.024 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)\* |
| ds19.025 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)\* |
| ds19.026 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)\* |
| ds19.027 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)\* |
| ds19.030 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)\* |
| ds19.031 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)\* |
| ds19.032 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)\* |
| ds19.028 | Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований |
| ds19.029 | Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ |
| ds19.033 | Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования |
| ds20.002 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| ds20.003 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| ds20.006 | Замена речевого процессора |
| ds21.002 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| ds21.003 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| ds21.004 | Операции на органе зрения (уровень 3) |
| ds21.005 | Операции на органе зрения (уровень 4) |
| ds21.006 | Операции на органе зрения (уровень 5) |
| ds25.001 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы |
| ds27.001 | Отравления и другие воздействия внешних причин |
| ds34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| ds36.001 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина\* |
| ds36.004 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов\* |

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

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

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

- при длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости КСГ (таблица 11).

Если хирургическое лечение 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 –60% от стоимости КСГ (таблица 15).

**Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию**

Табл. 15

| № КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- |
| ds02.006 | Искусственное прерывание беременности (аборт) |
| ds02.003 | Операции на женских половых органах (уровень 1) |
| ds02.004 | Операции на женских половых органах (уровень 2) |
| ds09.001 | Операции на мужских половых органах, дети |
| ds09.002 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети |
| ds10.001 | Операции по поводу грыж, дети |
| ds13.002 | Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов |
| ds14.001 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) |
| ds14.002 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2) |
| ds16.002 | Операции на периферической нервной системе |
| ds18.003 | Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа |
| ds19.016 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1) |
| ds19.017 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2) |
| ds19.028 | Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований |
| ds20.002 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| ds20.003 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| ds20.004 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3) |
| ds20.005 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4) |
| ds20.006 | Замена речевого процессора |
| ds21.002 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| ds21.003 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| ds21.004 | Операции на органе зрения (уровень 3) |
| ds21.005 | Операции на органе зрения (уровень 4) |
| ds21.006 | Операции на органе зрения (уровень 5) |
| ds25.001 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы |
| ds25.002 | Операции на сосудах (уровень 1) |
| ds25.003 | Операции на сосудах (уровень 2) |
| ds28.001 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения |
| ds29.001 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1) |
| ds29.002 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2) |
| ds29.003 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3) |
| ds30.002 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1) |
| ds30.003 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2) |
| ds30.004 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1) |
| ds30.005 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2) |
| ds30.006 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3) |
| ds31.002 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) |
| ds31.003 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2) |
| ds31.004 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3) |
| ds31.005 | Операции на органах кроветворения и иммунной системы |
| ds31.006 | Операции на молочной железе |
| ds32.001 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1) |
| ds32.002 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2) |
| ds32.003 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1) |
| ds32.004 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2) |
| ds32.005 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3) |
| ds32.006 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях |
| ds32.007 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1) |
| ds32.008 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2) |
| ds34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| ds34.003 | Операции на органах полости рта (уровень 2) |

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках дневного стационаров (в случае перевода из дневного стационара в круглосуточный), 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 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ 10:

* проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
* случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

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

**3.2.2. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»**

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

Для КСГ №№ ds37.001-ds37.012 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в Республике Тыва. Градации оценки и описание ШРМ приведены в Инструкции.

**3.2.3. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа в условиях дневного стационара**

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, в условиях дневного стационара – за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание.

Для расчета услуг диализа на территории Республики Тыва, к базовому тарифу на оплату диализа применяются коэффициенты относительной затратоемкости, представленные в Приложении 30. Базовый тариф на оплату диализа представлен в Приложении 29. Стоимость услуг диализа с применением коэффициентов затратоемкости представлен в Приложении 31.

Применение коэффициента дифференциации к стоимости услуги осуществляется с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи. Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг не допускается. Учитывая установленный способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара – законченный случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество услуг в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС, за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения.

При этом в период лечения в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

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

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО), а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов, Тарифном соглашении установлены поправочные коэффициенты (КСЛП) к случаям проведения экстракорпорального оплодотворения. Перечень случаев и значения коэффициентов приведены в Приложении 17.

С учетом КСЛП оплата ЭКО осуществляется в зависимости от этапа в размере согласно таблице 16:

**Этапы проведения ЭКО**

Табл.16

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Наименование этапов проведения ЭКО |
| 1 | Проведение первого этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции), I-II (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки), I-III (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов (неполный цикл) |
| 2 | Проведение I-III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов (неполный цикл) |
| 3 | Полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов |
| 4 | Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов |
| 5 | Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос) |

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

Средний норматив финансовых затрат на 1 случай ЭКО, утвержденный Программой, соответствует стоимости полного цикла ЭКО без применения криоконсервации эмбрионов, но представляет собой усредненную стоимость случая ЭКО с учетом проведения у части пациентов неполных циклов и проведения в отдельных случаях полного цикла с криоконсервацией эмбрионов.

В условиях дневного стационара длительность случая при проведении криопереноса составляет 1 день.

В случае проведения в рамках одного случая всех этапов ЭКО c последующей криоконсервацией эмбрионов, к КСГ применяется повышающий КСЛП в размере 1,1.

При этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется. В случае, если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов, случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.005 с применением КСЛП в размере 0,19.

В случае если базовая программа ЭКО была завершена по итогам I этапа (стимуляция суперовуляции), I-II этапов (получение яйцеклетки), I-III этапов (экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов, к КСГ ds02.005 применяется КСЛП в размере 0,6.

В случае проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов, а также проведения первых трех этапов ЭКО c последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ ds02.005 «Экстракорпоральное оплодотворение» **без применения КСЛП.**

**3.2.5. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»**

Формирование КСГ и расчет коэффициентов относительной затратоемкости КСГ по профилю «Онкология» для случаев лечения пациентов со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) в условиях дневного стационара выполнены в соответствии с моделями диагностики и лечения пациентов в составе проектов стандартов медицинской помощи, разработанных на основании утвержденных Ассоциацией онкологов России клинических рекомендаций по профилю «Онкология».

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии учтены в том числе нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются), а также учтена сопутствующая терапия для коррекции нежелательных явлений (например, противорвотные препараты, препараты, влияющие на структуру и минерализацию костей и др.).

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

КСГ для случаев лекарственной терапии формируются на основании кода МКБ 10 и схемы лекарственной терапии.

**3.2.5.1. Лекарственная терапия злокачественных новообразований**

**КСГ ds08.001-ds08.003, ds19.018-ds19.027, ds19.030-ds19.032, ds19.034-ds19.036**

Отнесение случаев к группам ds19.018-ds19.027 и ds19.030-ds19.032, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у взрослых (кроме ЗНО кроветворной и лимфоидной ткани), осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (С00-С80, С97, D00-D09) и кода схемы лекарственной терапии (sh001 – sh688, sh903, sh904).

При этом указание в реестре счетов на оплату медицинской помощи услуги A25.30.033 «Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у взрослых» аналогично другим услугам, в том числе не являющимся тарифообразующими, возможно в соответствии с Общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011г. № 79.

За законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанному в столбце «Количество дней введения в тарифе» листа «Схемы лекарственной терапии».

Количество дней введения не равно числу введений, так как в один день больной может получать несколько лекарственных препаратов. Также количество дней введения не равно длительности госпитализации.

Оплата случая в рамках КСГ рассчитана исходя из определенного количества дней введения. При этом количество дней госпитализации может превышать количество дней введения с учетом периода наблюдения пациента до и после введения лекарственных препаратов. В случае включения в тариф 1 дня введения лекарственных препаратов из нескольких дней, составляющих цикл, предполагается, что между госпитализациями с целью введения лекарственных препаратов (в том числе в рамках одного цикла) пациенту не показано пребывание в условиях дневного стационара.

В случае применения многокомпонентной схемы, в которой в первое введение вводится несколько препаратов, а в последующие введения вводится один препарат, стоимость КСГ рассчитана по принципу усреднения затрат и распределена равномерно между введениями в рамках цикла. В указанных случаях для всех введений должен использоваться одинаковый код схемы.

Отнесение случаев лекарственного лечения с применением схем, не включенных в справочник в качестве классификационного критерия, производится по кодам sh903 или sh904 по следующему правилу:

|  |  |
| --- | --- |
| sh903 | Прочие схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях: C00, C07, C08, C09, C10, C11, C12, C13, C15, C16, C18, C19, C20, C21, C22, C22.0, C22.1, C23, C24, C25, C30, C31, C32, C33, C34, C37, C38, C40, C41, C43, C44, C45, C45.0, C48, C49, C50, C51, C52, C53, C54, C56, C57, C58, C60, C61, C62, C64, C65, C66, C67, C70, C71, C72, C73, C74.0, D00-D07, D09.1, D09.3-D09.9 |
| sh904 | Прочие схемы лекарственной терапии при иных злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей): C01, C02, C03, C04, C05, C06, C14, C17, C22.2-C22.9, C26, C39, C45.1-C45.9, C46, C47, C55, C63, C68, C69, C74.1-C74.9, C75, C76, C77, C78, C79, C80, C97, D09.2 |

Отнесение случаев к группам, ds08.001-ds08.003, ds19.034-ds19.036, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у детей и злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей у взрослых, производится на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С», кодов Номенклатуры и возраста - менее 18 лет или 18 лет и более.

Отнесение к КСГ ds08.001-ds08.003, ds19.034, ds19.035 производится по кодам Номенклатуры:

A25.30.014 Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей;

A25.30.033 Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у взрослых.

Отнесение к КСГ ds19.036 «Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы» производится путем комбинации кодов С81-С96 и кодов Номенклатуры:

|  |  |
| --- | --- |
| Код услуги | Наименование услуги |
| А25.30.033.001 | Назначение биотерапии с применением моноклональных антител при онкологическом заболевании у взрослых |
| А25.30.033.002 | Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов протеинкиназы при злокачественном новообразовании у взрослых |

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

Например, применение препарата, который согласно АТХ-классификации относится к моноклональным антителам, кодируется услугой А25.30.033.001 Назначение биотерапии с применением моноклональных антител при онкологическом заболевании у взрослых.

**3.2.5.2. КСГ ds19.028 «Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)»**

Данная КСГ применяется в случаях, когда установка, замена порт-системы являются основным поводом для госпитализации. Если больному в рамках одной госпитализации устанавливают, меняют порт систему (катетер) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения, оплата осуществляется по двум КСГ.

Отнесение случая к КСГ ds19.028 осуществляется по кодам МКБ 10 (С., D00-D09) и коду Номенклатуры A11.12.001.002 «Имплантация подкожной венозной порт системы». При этом по коду данной услуги также допустимо кодирование установки и замены периферического венозного катетера – ПИК-катетера (ввиду отсутствия соответствующей услуги в Номенклатуре).

**3.2.5.3. Лучевая терапия КСГ ds19.001-ds19.010**

Отнесение к соответствующей КСГ случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций). – таблица 17.

**Справочник диапазонов числа фракций (столбец «Диапазон фракций» листа «Группировщик»)**

Табл. 17

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

**3.2.5.4. Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией КСГ ds19.011-ds19.015**

Для оплаты случаев лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией и лекарственными препаратами предусмотрены соответствующие КСГ. Отнесение к группам осуществляется по коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой с учетом количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций), а также кода МНН лекарственных препаратов.

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

В случае применения лекарственных препаратов, не относящихся к перечню МНН лекарственных препаратов на вкладке «МНН ЛП в сочетании   
с ЛТ» файла «Расшифровка групп», оплата случая осуществляется по соответствующей КСГ для случаев проведения лучевой терапии.

**3.2.5.5. КСГ ds36.006 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения»**

Отнесение к данной КСГ производится, если диагноз относится к классу С, при этом больному не оказывалось услуг, являющихся классификационным критерием (химиотерапии, лучевой терапии, хирургической операции). Данная группа может применяться в случае необходимости проведения поддерживающей терапии и симптоматического лечения.

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

**3.2.5.7. КСГ ds19.029 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ»**

Отнесение к КСГ ds19.029 осуществляется по коду МКБ 10 (С., D00-D09) в сочетании со следующими кодами Номенклатуры:

* + A07.23.008.001 «Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией головного мозга с введением контрастного вещества»;
  + A07.30.043 «Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с туморотропными РФП»;
  + A07.30.043.001 «Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с туморотропными РФП с контрастированием».

**3.2.6. Особенности формирования КСГ для оплаты лекарственной терапии при хроническом вирусном гепатите С в дневном стационаре**

С 2020 года оплата случаев лекарственной терапии по поводу хронического вирусного гепатита С осуществляется в соответствии с режимом терапии – с применением пегилированных интерферонов или препаратов прямого противовирусного действия. Учитывая, что в настоящее время для лекарственной терапии применяются в том числе пангенотипные лекарственные препараты, при назначении которых не учитывается генотип вируса гепатита С, отнесение случая лечения к КСГ на основании генотипа нецелесообразно.

Отнесение к КСГ случаев лекарственной терапии хронического вирусного гепатита С осуществляется только по сочетанию кода диагноза по МКБ 10 и иного классификационного критерия «if» или «nif», отражающего применение лекарственных препаратов для противовирусной терапии.

Детальное описание группировки указанных КСГ представлено в таблице 18.

Табл. 18

| **КСГ** | **Код диагноза МКБ 10** | **Иной классификационный критерий** | **Описание классификационного критерия** |
| --- | --- | --- | --- |
| ds12.010 «Лечение хронического вирусного гепатита C (уровень 1)» | B18.2 | if | Назначение лекарственных препаратов пегилированных интерферонов для лечения хронического вирусного гепатита С |
| ds12.011 «Лечение хронического вирусного гепатита C (уровень 2)» | B18.2 | nif | Назначение лекарственных препаратов прямого противовирусного действия для лечения хронического вирусного гепатита С в том числе в сочетании с пегилированными интерферонами |

В целях кодирования случая лечения указание иного классификационного критерия «if» необходимо при проведении лекарственной терапии с применением препаратов пегилированных интерферонов за исключением препаратов прямого противовирусного действия. В то же время, к случаям лечения требующим указания критерия «nif» относится применение любой схемы лекарственной терапии, содержащей препараты прямого противовирусного действия в соответствии с анатомо-терапевтическо-химической классификацией (АТХ), в том числе применение комбинации лекарственных препаратов прямого противовирусного действия и пегилированных интерферонов.

Коэффициент относительной затратоемкости для указанных КСГ приведен в расчете на усредненные затраты на 1 месяц терапии. При этом длительность терапии определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи.

**3.2.7. Особенности формирования КСГ для случаев лечения неврологических заболеваний с применением ботулотоксина**

Отнесение к КСГ ds15.002 и ds15.003 производится по комбинации кода МКБ 10 (диагноза) и кода Номенклатуры A25.24.001.002 «Назначение ботулинического токсина при заболеваниях периферической нервной системы» (таблицы 19 и 20).

**Перечень диагнозов, являющихся классификационным критерием отнесения к КСГ «Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)» (ds15.002)**

Табл. 19

| Код МКБ 10 | Диагноз |
| --- | --- |
| G20 | Болезнь Паркинсона |
| G23.0 | Болезнь Геллервордена-Шпатца |
| G24 | Дистония |
| G24.0 | Дистония, вызванная лекарственными средствами |
| G24.1 | Идиопатическая семейная дистония |
| G24.2 | Идиопатическая несемейная дистония |
| G24.3 | Спастическая кривошея |
| G24.4 | Идиопатическая рото-лицевая дистония |
| G24.5 | Блефароспазм |
| G24.8 | Прочие дистонии |
| G24.9 | Дистония неуточненная |
| G35 | Рассеянный склероз |
| G43 | Мигрень |
| G43.0 | Мигрень без ауры [простая мигрень] |
| G43.1 | Мигрень с аурой [классическая мигрень] |
| G43.2 | Мигренозный статус |
| G43.3 | Осложненная мигрень |
| G43.8 | Другая мигрень |
| G43.9 | Мигрень неуточненная |
| G44 | Другие синдромы головной боли |
| G44.0 | Синдром «гистаминовой» головной боли |
| G44.1 | Сосудистая головная боль, не классифицированная в других рубриках |
| G44.2 | Головная боль напряженного типа |
| G44.3 | Хроническая посттравматическая головная боль |
| G44.4 | Головная боль, вызванная применением лекарственных средств, не классифицированная в других рубриках |
| G44.8 | Другой уточненный синдром головной боли |
| G51.3 | Клонический гемифациальный спазм |
| G80 | Детский церебральный паралич |
| G80.0 | Спастический церебральный паралич |
| G80.1 | Спастическая диплегия |
| G80.2 | Детская гемиплегия |
| G80.3 | Дискинетический церебральный паралич |
| G80.4 | Атактический церебральный паралич |
| G80.8 | Другой вид детского церебрального паралича |
| G80.9 | Детский церебральный паралич неуточненный |
| G81.9 | Гемиплегия неуточненная |
| G82.5 | Тетраплегия неуточненная |

**Перечень диагнозов, являющихся классификационным критерием отнесения к КСГ «Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)» (ds15.003)**

Табл. 20

| Код МКБ 10 | Диагноз |
| --- | --- |
| G81.1 | Спастическая гемиплегия |
| G82.1 | Спастическая параплегия |
| G82.4 | Спастическая тетраплегия |

**3.2.8. Особенности формирования отдельных КСГ, объединяющих случаи лечения болезней системы кровообращения**

Отнесение к большинству КСГ кардиологического (а также ревматологического или терапевтического) профиля производится путем комбинации двух классификационных критериев: терапевтического диагноза и услуги. Это следующие КСГ (таблица 21):

Табл. 21

| № КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- |
| ds13.002 | Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов |

Соответственно, если предусмотренные для отнесения к этим КСГ услуги не оказывались, случай классифицируется по диагнозу в соответствии с кодом МКБ 10.

**КСГ ds25.001 «Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы»**

Данные КСГ предназначены для оплаты краткосрочных (не более трех дней) случаев госпитализации, целью которых является затратоемкое диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения.

Отнесение к данным КСГ производится по комбинации критериев: услуга, представляющая собой метод диагностического обследования, и терапевтический диагноз, в том числе относящийся к диапазонам «I.» и Q20-Q28 по МКБ 10 для болезней системы кровообращения.

**Алгоритм формирования группы:**

**(ds25.001)**

**Код Номенклатуры**

**КС:** А06.10.006, A06.10.008, A06.12.003 и другие

**ДС:** А06.10.006,

A06.10.006.002

**Диагноз**

I. и другие

**Больше 3 дней**

**Меньше 3 дней**

**(код 1)**

**Другая КСГ**

**4. Сведения о применении способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинских организаций**

**4.1. Основные подходы к оплате скорой медицинской помощи**

В соответствии с Программой оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

**4.2. Основные параметры оплаты скорой медицинской помощи**

В соответствии с подпунктом 1 пункта 12.6 Требований, на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, определяется средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Тыва, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

base_1_217556_65, где:

|  |  |
| --- | --- |
| base_1_217556_66 | средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Тыва, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей; |
| 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; |
| 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; |
| ОСМТР | размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов, рублей; |
| Чз | численность застрахованного населения Республики Тыва, человек. |

**4.2.1. Определение среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи**

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из среднего размера финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Тыва, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

base_1_217556_67, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ПнБАЗ | базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей; |
| ОСВ | размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в Республики Тыва лицам за вызов, рублей. |

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

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

- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

Тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи устанавливаются тарифным соглашением, в том числе на оплату скорой медицинской помощи в случае проведения тромболизиса, в транспортном средстве при медицинской эвакуации.

В реестры счетов на оплату медицинской помощи в обязательном порядке включаются все единицы объема оказанной скорой медицинской помощи по установленным тарифам.

**4.2.2. Определение дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи**

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи в Республике Тыва, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций по следующей формуле:

base_1_217556_68, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ДПнi | дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей; |
| base_1_217556_69 | средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, определенный для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций. |

При этом объединение медицинских организаций в однородные группы (подгруппы) осуществляется исходя из значений коэффициента дифференциации подушевого норматива. Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи определяется по каждой медицинской организации по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| КДИНТ | интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации; |
| КДПВС | половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации; |
| КДСР | коэффициент дифференциации, учитывающий средний радиус территории обслуживания (при наличии); |
| КДПН | коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность населения субъекта Российской Федерации (при наличии); |
| КДСИ | коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций (при наличии); |
| КДЗП | коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации (при наличии); |
| КДСУБ | районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации или г. Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР или коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг, установленные для территории, на которой расположена медицинская организация (в соответствии с Требованиями). |

При этом при расчете каждого коэффициента дифференциации значение, равное 1, соответствует средневзвешенному уровню расходов, учитываемых для расчета коэффициента.

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи численность застрахованных лиц в Республике Тыва распределяется на половозрастные группы (подгруппы). При этом для каждой половозрастной группы (подгруппы) рассчитываются единые значения коэффициента дифференциации в пределах Республики Тыва. Указанные коэффициенты устанавливаются тарифным соглашением Республики Тыва (Приложение 36).

Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи ранжируются от максимального до минимального значения и объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы (base_1_217556_70).

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

base_1_217556_71, где:

|  |  |
| --- | --- |
| base_1_217556_72 | численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той группе (подгруппе) медицинских организаций, человек. |

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации для группы (подгруппы) медицинских организаций (ФДПн) рассчитывается по формуле:

base_1_217556_73, где:

|  |  |
| --- | --- |
| base_1_217556_74 | фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей. |

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

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ФОСМП | размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей; |
| ЧзПР | численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек. |

**5. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи)**

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, может применяться способ оплаты по подушевому нормативу финансирования исходя из количества прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом оценки показателей результативности деятельности медицинской организации, включая фактическое выполнение объема медицинской помощи по видам и условиям оказания. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

Указанный подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц для медицинской организации складывается из рассчитанного фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц для данной медицинской организации, включающего медицинскую помощь в неотложной форме, а также объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

При применении указанного способа оплаты из общего объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ (КПГ), исключаются средства, направляемые на оплату медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в медицинские организации, оплата медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара для которых осуществляется в рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц.

Указанный способ оплаты применяется в целях оптимизации оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, являющимися самостоятельными юридическими лицами, в том числе расположенными в сельской местности, в отдаленных, труднодоступных и малонаселенных районах, с учетом количества структурных подразделений, объема оказываемой медицинской помощи, численности прикрепленного населения.

Перечень медицинских организаций, имеющих в составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи, в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) представлен в Приложении 10.

Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой по всем видам и условиям, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели выполнения объемов медицинской помощи) представлен в Приложении 19.

**6. Оплата лабораторных услуг, оказываемых централизованными лабораториями**

Стоимость лабораторных медицинских услуг включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и в стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ или КПГ.

Межучрежденческие расчеты осуществляются медицинскими организациями (на основании заключенных между ними договоров) и страховыми медицинскими организациями в соответствии с тарифным соглашением.

В случае если взаиморасчеты осуществляются страховыми медицинскими организациями, централизованной лабораторией составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждое выполненное лабораторное исследование с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление.

Страховые медицинские организации осуществляют оплату лабораторных услуг, оказанных централизованными лабораториями, на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, уменьшается на объем средств, перечисленных централизованной лаборатории за выполнение лабораторных исследований по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

**7. Оплата медицинской помощи с применением телемедицинских технологий**

### **Общие положения**

Направлениями использования телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи являются:

* дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой;
* дистанционное взаимодействие медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями;
* дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента, в том числе дистанционное мониторирование отдельных показателей при хронических неинфекционных заболеваниях (в 2020 году финансовое обеспечение осуществляется в рамках региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения).

Затраты консультирующих медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, на проведение консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий учитываются в более высоком коэффициенте уровня и (или) подуровня оказания медицинской помощи. При этом более высокий коэффициент подуровня оказания медицинской помощи для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий, включает в себя затраты на проведенные консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий с учетом объемов проведенных консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий.

В случае, когда консультирующая медицинская организация и (или) структурные подразделения медицинской организации оказывают медицинскую помощь в амбулаторных условиях, целесообразно установление тарифов на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

При этом в соответствии с частью 1 статьи 30 Федерального закона № 326-ФЗ тарифы на проведение консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий рассчитываются согласно Методике расчета тарифов с учетом времени, затраченного на проведение консультации (консилиума врачей) с применением телемедицинских технологий, и включают в себя:

- затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда персонала, принимающего непосредственное участие в консультации (консилиуме врачей);

- затраты на амортизацию основных средств, непосредственно используемых во время консультации (консилиума врачей), стоимостью до ста тысяч рублей за единицу;

- затраты на возмещение расходов на мягкий инвентарь, непосредственно используемый во время консультации (консилиума врачей);

- затраты на приобретение услуг связи, непосредственно потребляемых во время консультации (консилиума врачей);

- затраты на приобретение материальных запасов, непосредственно потребляемых в процессе консультации (консилиума врачей);

- затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе консультации (консилиума врачей);

- прочие затраты.

Учитывая необходимость установления Комиссией вне зависимости от применяемого способа оплаты единых тарифов на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемых при межучрежденческих и межтерриториальных расчетах, тарифы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий утверждаются тарифным соглашением.

### **Подходы к установлению тарифов на оплату дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой**

Возможно применение следующих способов оплаты в зависимости от применяемых способов оплаты первичной медико-санитарной помощи в Республике Тыва:

* оплата по тарифам за услугу (без механизма взаиморасчетов) – целесообразно в случае применения способа оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), а также в случае, когда консультируемая медицинская организация не имеет прикрепленного населения;
* оплата по тарифам за услугу в рамках межучережденческих расчетов через страховые медицинские организации – целесообразно при применении способа оплаты 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 (за единицу объема медицинской помощи) при включении соответствующих услуг в подушевой норматив.

В случае оплаты без применения межучрежденческих расчетов при очном консультировании с участием пациента необходимо предусмотреть оплату консультируемой медицинской организации по тарифу на посещение соответствующего консультируемого врача.

Определение единиц оказания медицинской помощи при данном виде дистанционного взаимодействия осуществляется исходя из режима проведения (в режиме реального времени или в режиме отсроченной консультации) и вида консультирования (консультация, консультирование по результатам проведенных исследований, консилиум), для консультаций по результатам исследований – исходя из вида исследований.

Тарифы устанавливаются в разрезе следующих форм дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой:

* дистанционная консультация в режиме реального времени;
* дистанционная консультация в режиме отсроченной консультации;
* дистанционный консилиум (с участием 2-3 специалистов);
* дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования 1 группы (ультразвуковая, эндоскопическая, функциональная, патологоанатомическое исследование);
* дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования 2 группы (рентгенодиагностика, КТ, МРТ, ПЭТ, радионуклидная диагностика).

Оплата проведения консилиума осуществляется по установленному тарифу вне зависимости от режима его проведения.

Дистанционный консилиум с привлечением 1 специалиста-участника консилиума подлежит оплате по тарифу за дистанционную консультацию в режиме реального времени или в режиме отсроченной консультации исходя из режима выполненной консультации.

Установлены региональные поправочные коэффициенты к тарифам в зависимости от:

* формы оказания медицинской помощи (экстренная, плановая и неотложная) - в размере не более 1,4 для консультации в неотложной и экстренной форме;
* квалификации врача (квалификационная категория, научная степень) исходя из системы оплаты труда;
* специальности врача (группе специальностей врача) исходя из продолжительности времени, затрачиваемого на проведение дистанционного консультирования.

Установлены повышающие коэффициенты к тарифу на консилиум в случае проведения консилиумов с участием более 3 врачей.

В целях стимулирования консультируемой медицинской организации, особенно в случае применения механизма взаиморасчетов, возможно применение стимулирующего компонента в виде установления повышающего коэффициента дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений, применяемого при расчете интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива с учетом необходимости содержания кабинета телемедицинских технологий.

Расчет тарифов на оплату дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой в форме консультации в режиме реального времени приведен в Приложении 40.

### **Подходы к установлению тарифов на оплату дистанционного взаимодействия медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями**

Способ оплаты дистанционного взаимодействия медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями определяется в Республике Тыва исходя из используемых подходов к оплате первичной медико-санитарной помощи.

Оплата по тарифам за услугу, отличающимся от тарифов на очное посещение (тарифы ниже, чем на очное посещение) осуществляется в случае применения способа оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), а также в случае, когда медицинская организация не имеет прикрепленного населения.

В случае применения способа оплаты 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 (за единицу объема медицинской помощи) медицинская помощь, включенная в подушевой норматив, отдельно не оплачивается, при этом на нее устанавливается соответствующий тариф, и осуществляется учет в разрезе единиц объема медицинской помощи аналогично очным посещениям.

Определение единиц оказания медицинской помощи при данном виде дистанционного взаимодействия осуществляется исходя из специальности медицинского персонала и режима осуществления консультаций (в режиме реального времени или в отсроченном режиме).

Тарифы устанавливаются в разрезе следующих форм дистанционного взаимодействия медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями:

* дистанционное взаимодействие врачей с пациентами и (или) их законными представителями в режиме реального времени;
* дистанционное взаимодействие среднего медицинского персонала с пациентами и (или) их законными представителями в режиме реального времени;
* дистанционное взаимодействие медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями в отсроченном режиме.

При этом тарифы на проведение дистанционного взаимодействия среднего медицинского персонала с пациентами и (или) их законными представителями в режиме реального времени устанавливаются для проведения консультаций по профилю «Медицинская реабилитация».

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

**Средний размер финансового обеспечения в расчете на 1 застрахованное лицо по условиям оказания медицинской помощи на 2020 год**

Табл. 22

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Наименование вида и условия оказания медицинской помощи*** | ***Единица измерения*** | ***Средний размер финансового обеспечения (рублей)*** |
| *Скорая медицинская помощь вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию* | *вызов в рамках базовой программы ОМС на 1 застрахованное лицо* | *1298,43* |
| *Медицинская помощь в амбулаторных условиях* | *в том числе:* |  |
| *комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров в рамках базовой программы ОМС на 1 застрахованное лицо* | *779,33* |
| *комплексное посещение для проведения диспансеризации в рамках базовой программы ОМС на 1 застрахованное лицо* | *639,66* |
| *посещения с иными целями в рамках базовой программы ОМС на 1 застрахованное лицо* | *1147,39* |
| *посещения по неотложной медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС на 1 застрахованное лицо* | *587,77* |
| *обращения в связи с заболеваниями в рамках базовой программы ОМС на 1 застрахованное лицо* | *4301,88* |
| *Медицинская помощь в условиях дневных стационаров, в том числе:* | *случай лечения в рамках базовой программы ОМС на 1 застрахованное лицо* | *2131,68* |
| *по профилю «Онкология»* | *случай лечения в рамках базовой программы ОМС на 1 застрахованное лицо* | *762,84* |
| *Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях,*  *в том числе:* | *случай госпитализации в рамках базовой программы ОМС на 1 застрахованное лицо* | *10586,21* |
| *для медицинской реабилитации* | *койко-день в рамках базовой программы ОМС на 1 застрахованное лицо* | *267,07* |
| *по профилю «Онкология»* | *случай госпитализации в рамках базовой программы ОМС на 1 застрахованное лицо* | *1169,18* |

3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяется в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной [разделом XI](consultantplus://offline/ref=DE127D20FA4D648A3809C2A2A7AFEE90F11C772BE1F7F102ED329A0661244B379E8D645ADC9B9A90iFo0C)I Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2019г. №108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17.05.2019г., регистрационный №54643).

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

3.2.1. ст.210 подстатья 211 «Заработная плата» - включает расходы по фонду оплаты труда работников МО (за исключением служб и подразделений, деятельность которых не входит в систему ОМС), рассчитанные в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации, Республики Тыва, регулирующими оплату труда, штатную численность работников МО Республики Тыва.

1. Оплата труда, выплаты компенсационного и стимулирующего характера производятся на основании постановлений Правительства Республики Тыва от 25.09.2018г. № 492 «Об утверждении размеров должностных окладов по профессиональным квалификационным группам общеотраслевых профессий рабочих и отраслевых должностей руководителей, специалистов и служащих», от 30.10.2015г. №494 «Об отраслевой системе оплаты труда работников государственных медицинских организаций Республики Тыва» (в ред. постановлений Правительства РТ от 30.03.2017г. [№ 127](consultantplus://offline/ref=21A19D8F454C8A51BF28B2FC22F4C6C8D3A5F0475248B23AF50BF2283A56AB51A5E9EA64A1E5B149889FEBF54CF1F449721FBB3C41CEFA63D1CCEBB26EF), от 12.05.2017г. №210, от 11.08.2017г. №361, от 29.01.2018г. №28, от 31.10.2019г. №515). А также в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

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

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

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

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь  
в амбулаторных условиях.

1. Другие нормативные акты, регулирующие оплату труда и носящие рекомендательный характер, не применяются.
2. Формирование планового фонда оплаты труда осуществляется в пределах средств, полученных медицинской организацией за фактически оказанную медицинскую помощь.
3. В пределах ФОТ медицинские организации самостоятельно определяют размеры выплат стимулирующего характера каждому работнику, с учетом показателей оценки результатов труда (в т.ч. качества и доступности) утвержденных локальными нормативными актами на основании нормативных актов Министерства здравоохранения Республики Тыва.
4. Для медицинских организаций федерального и ведомственного подчинения, а также для медицинских организаций частной формы собственности, реализующих Территориальную программу ОМС, расходы на оплату труда определяются в рамках коллективных договоров, соглашений, локальных нормативных актов в соответствии с законодательством, нормативными и правовыми актами РФ и нормативными правовыми актами соответствующих министерств и ведомств, регламентирующими вопросы оплаты труда работников.
5. Премирование работников медицинских организаций из средств обязательного медицинского страхования производятся при условии экономии фонда оплаты труда:

а) при награждении государственными наградами, присвоении почетных званий, знаков отличия федерального и республиканского значения – в размерах не более двух окладов с учетом районного коэффициента и северной надбавки в пределах фонда оплаты труда;

б) при награждении ведомственными наградами, учрежденными приказом Министерства здравоохранения Республики Тыва от 17.07.2013г. № 266 «О ведомственных наградах Министерства здравоохранения Республики Тыва» - в размере, не более одного оклада с учетом районного коэффициента и северной надбавки в пределах фонда оплаты труда;

в) по итогам работы за отчетный период (квартал, год) – количественного и качественного выполнения объемных показателей.

1. Другие основания по премированию являются неэффективным использованием средств ОМС и подлежат восстановлению в бюджет ТФОМС Республики Тыва за счет других источников, в соответствии с пунктом 9 статьи 39 Федерального закона РФ от 29.11.10г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ».
2. Расходы на оплату труда производятся от объема финансовых поступлений по ОМС. Средства обязательного медицинского страхования на оплату труда работникам медицинских организаций при закрытии отделений на проведение текущего и капитального ремонта, карантинных и профилактических мероприятий не выделяются.
3. Затраты, превышающие фактический объем финансовых поступлений по ОМС, не подлежат компенсации за счет средств ОМС. Выплата заработной платы, рассчитанной сверх заработанного объема средств по данной статье, является неэффективным использованием средств.

3.2.2. cт.210 подстатья 212 «Прочие выплаты».

3.2.3. ст.210 подстатья 213 «Начисления на выплаты по оплате труда» - включает расходы по уплате страховых взносов в государственные внебюджетные фонды Российской Федерации, а также взносов по страховым тарифам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

3.2.4. ст.220 подстатья 221 «Услуги связи» включает расходы услуги почтовой связи:

- услуги телефонно-телеграфной, факсимильной, пейджинговой связи, радиосвязи, интернет-провайдеров:

- абонентская и повременная плата за использование линий связи;

- плата за предоставление доступа и использование линий связи, передачу данных по каналам связи;

- плата за регистрацию сокращенного телеграфного адреса, факсов, модемов и других средств связи;

- плата за подключение и абонентское обслуживание в системе электронного документооборота, в том числе с использованием сертифицированных средств криптографической защиты;

- плата за предоставление детализированных счетов на оплату услуг связи, предусмотренное договором на оказание услуг связи;

- плата за оказание услуг по бронированию сетевых ресурсов, необходимых для осуществления присоединения к сети общего пользования;

- расходы арендатора по возмещению арендодателю стоимости услуг связи;

3.2.5. ст.220 подстатья 222 «Транспортные услуги» включает расходы на:

- оказание услуг перевозки на основании договора автотранспортного обслуживания, в рамках которого к обязанностям исполнителя относятся, в том числе: техническое обслуживание предоставляемых автомобилей, ремонтные работы (включая диагностику и профилактические работы), осуществление заправки автомобилей, обеспечение горюче-смазочными материалами и запасными частями (при необходимости), осуществление персонального подбора водительского состава, осуществление обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств, поддержание транспортных средств в надлежащем санитарном состоянии;

- оплата договоров гражданско-правового характера, заключенных с физическими лицами, на оказание транспортных услуг;

- оплату проезда по служебным командировкам, за исключением заграничных командировок

- возмещение расходов за пользование на транспорте постельными принадлежностями, разного рода сборов при оформлении проездных документов (комиссионные сборы (в том числе сборы, взимаемые при возврате неиспользованных проездных документов), уплата страховых премий по обязательному страхованию пассажиров на транспорте и т.д.);

3.2.6. ст.220 подстатьи 223 «Коммунальные услуги» относятся расходы на приобретение коммунальных услуг, в том числе:

- оплата услуг отопления, горячего и холодного водоснабжения, предоставления газа и электроэнергии,

- оплата услуг канализации, ассенизации, водоотведения,

- расходы по оплате договоров гражданско-правового характера, заключенных с кочегарами и сезонными истопниками;

- оплата технологических нужд (работ, связанных с предоставлением коммунальных услуг, носящих регламентированный характер);

- оплата транспортировки газа, воды, электричества по водо-, газораспределительным и электрическим сетям;

- расходы по оплате договоров на вывоз жидких бытовых отходов при отсутствии централизованной системы канализации;

- приобретение бутилированной питьевой воды, если у организации отсутствует система централизованного питьевого водоснабжения, либо вода, содержащаяся в системе водоснабжения, не соответствует санитарным нормам;

- расходы арендатора по возмещению арендодателю стоимости коммунальных услуг.

3.2.7. ст.220 подстатья 224 «Арендная плата за пользование имуществом» включает расходы по оплате:

- арендной платы в соответствии с заключенными договорами аренды (субаренды) имущества, в том числе помещений, в целях обеспечения собственных нужд для выполнения программы ОМС;

- арендной платы автомобилей в соответствии с заключенными договорами аренды (субаренды, имущественного найма, проката).

3.2.8. ст. 220 подстатья 225 «Работы, услуги по содержанию имущества» включает расходы:

- на ремонт и техническое обслуживание транспортных средств;

- на текущий ремонт.

Расходы в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, а также расходы по демонтажу зданий и сооружений и иные расходы, согласно письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2019г. №11-7/И/2-12330 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год» не включаются в состав тарифа на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. Определение понятия капитального ремонта объектов капитального строительства приведено в части 14 статьи 1 Градостроительного кодекса Российской Федерации, утвержденного Федеральным законом от 29 декабря 2004 года № 190-ФЗ (ред. от 03.08.2018г.) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2018г.).

3.2.9. ст.220 подстатья 226 «Прочие работы, услуги» включает расходы на оплату:

- общественного питания для обеспечения питанием пациентов, находящихся в стационаре круглосуточного пребывания, при отсутствии (временном закрытии) пищеблока МО;

- стоимости анализов и инструментальных исследований для пациентов, производимых в других МО (при отсутствии своей лаборатории) в соответствии с тарифами, утвержденными данным тарифным соглашением;

- консультативной помощи, оказываемой врачами сторонних МО, в рамках Территориальной программы ОМС;

- услуг по обучению на курсах повышения квалификации, подготовки и переподготовки специалистов;

- программного обеспечения и прочих услуг;

- страхования транспортных средств;

- технического обслуживания оборудования (медицинского, информационно-аналитического).

3.2.10. ст.260 «Социальное обеспечение» включает расходы на:

- социальное обеспечение работников медицинских организаций в рамках исполнения полномочий работодателя;

- выходные пособия при увольнении сотрудников.

ст. 290 «Прочие расходы» включает расходы:

- возмещение физическому лицу морального и физического вреда, взысканного по решению суда в связи с некачественным оказанием медицинской помощи;

- по уплате налога на имущество, других налогов и сборов. При этом уплата налога за счет средств обязательного медицинского страхования возможна в случае, если обязанность уплаты указанных расходов совпадает с годом реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

- по уплате штрафов и пени, в том числе штрафов за нарушение требований пожарной безопасности.

3.2.11. ст.310 «Увеличение стоимости основных средств» включает расходы медицинских организаций на приобретение медицинского инструментария со сроком службы более 12 месяцев, приобретение оборудования стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу.

* + 1. ст.340 «Увеличение стоимости материальных запасов» включает расходы на приобретение:

- лекарственных препаратов в соответствии с территориальным Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (далее – Перечень);

- перевязочных средств, в соответствии с рекомендованными нормативами потребления, утвержденными нормативными правовыми актами Российской Федерации;

- кровезаменителей (за исключением крови и препаратов крови);

- реактивов, химикатов и других расходных материалов, используемых при оказании медицинской помощи (за исключением материалов для зубопротезирования);

- другие расходные материалы, используемые при оказании медицинской помощи в соответствии с приложениями к Программе госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи;

- продукты питания пациентов при круглосуточном лечении в стационаре, а также расходы на питание родителя (иного члена семьи) при предоставлении права нахождения с ребенком в стационаре (приказ Минздрава РФ от 05.08.2003г. № 330);

- расходы по обеспечению специальным питанием медицинских работников, работа которых связана с вредными и опасными для здоровья и жизни условиями труда;

- мягкий инвентарь для пациентов и персонала медицинской организации в соответствии с табелем оснащения и нормами бесплатной выдачи санитарной одежды, за исключением специальной;

- расходы на приобретение запасных частей и (или) составных частей для машин, оборудования,

- расходы на приобретение горюче-смазочных материалов.

* 1. Кредиторская задолженность медицинских организаций системы ОМС, возникшая до 01.01.2021 года покрывается: по статьям расходов, финансирование которых осуществлялось из средств ОМС – за счет остатков на 01.01.2020г. и текущих поступлений; по статьям расходов, финансирование которых осуществлялось из средств бюджета – из других источников доходов медицинской организации (средств бюджета, платные услуги и др.).
  2. Утвержденные тарифы включают расходы:

*в стационаре* - в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс при лечении основного заболевания и конкурирующего, влияющего на течение основного и/или требующего постоянной поддерживающей терапии, в том числе:

- расходы приемного отделения,

- профильного отделения,

- консультации специалистов, в том числе и из других медицинских организаций;

*в дневном стационаре* - в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс при лечении основного заболевания и конкурирующего, влияющего на течение основного и/или требующего постоянной поддерживающей терапии, в том числе: расходы профильного дневного стационара, консультации специалистов, лабораторные, рентгенологические исследования, другие лечебно-диагностические исследования, а также затраты на лечебные манипуляции и процедуры по показаниям, медикаментозную терапию и обеспечение медицинскими изделиями и т.д.;

*в амбулаторных условиях* - в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс при лечении основного заболевания, в том числе: расходы соответствующего кабинета, лабораторные, лечебно-диагностические исследования и т.д.

* 1. Средства ОМС на оплату труда сотрудников отделений медицинских организаций, текущее содержание, включая коммунальные услуги при закрытии отделений на проведение плановых и внеплановых ремонтов, карантинных и профилактических мероприятий и пр., дополнительно не выделяются. Указанные расходы могут возмещаться за счет средств ОМС, сформированных как резерв фонда оплаты труда и объем средств на текущее содержание.
  2. При невыполнении медицинскими организациями объемов медицинской помощи, определенных государственными заданиями на предоставление медицинских услуг, выплата заработной платы и оплата других статей, включенных в финансовые нормативы, на невыполненный объем не является обязательством системы ОМС.
  3. Расходование стимулирующей части фонда оплаты труда производится в пределах заработанных средств.
  4. Расходование средств ОМС по статьям бюджетной классификации осуществляется в пределах фактического дохода медицинской организации (с учетом переходящего заработанного остатка на счете медицинской организации с предыдущего года).

3.9. В структуру тарифа не включаются и не подлежат оплате за счет средств обязательного медицинского страхования расходы медицинских организаций:

- не связанные с деятельностью в рамках базовой программы ОМС, в том числе расходы по содержанию имущества, сдаваемого в аренду и (или) используемого в коммерческой деятельности;

- на проведение капитального ремонта нефинансовых активов (в том числе зданий и сооружений, приобретение материалов для проведения капитального ремонта, и оплата труда работников, задействованных в проведении капитального ремонта, составление и экспертиза проектно-сметной документации, капитальный ремонт оборудования, автомобилей и т.д.);

- дополнительные работы, устраняющие косвенный ущерб от капитального ремонта или выполненные в связи с его производством;

- на приобретение иммунобиологических препаратов для вакцинации населения в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям;

- на приобретение основных средств (оборудование, производственных и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 000 рублей за единицу;

- расходы на оплату получения высшего и (или) среднеспециального образования, обучения в ординатуре, интернатуре;

- прочие расходы, финансируемые согласно ТПГГ за счет бюджетов всех уровней.

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

**IV. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ОТКАЗА В ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (УМЕНЬШЕИЯ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)**

4.1. В целях реализации приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019г. №36 «Об утверждении Порядка организации и контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (зарегистрирован Минюстом России 18.06.2019г., регистрационный №54950) настоящим Тарифным соглашением на 2020 год в приложении №18 устанавливается «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)».

4.2. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно [статье 41](consultantplus://offline/ref=5B6E8C9956CF1669F07BDF1F30BE0B962F8DFCB3807C91F308A70F83BC690CC273E27B426291628700AF4CEEB7B197DE00A60CF297C5B792VFL5H) Федерального закона №326-ФЗ удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи и порядком организации и проведения контроля – п.146 Правил ОМС.

4.3. Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:

С = Н + Сшт,

где:

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

Сшт - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества – п. 147 Правил ОМС.

4.4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

Н = РТ x Кно,

где:

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

Кно - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля (далее - Перечень оснований), предусмотренным в порядке организации и проведения контроля – п. 148 Правил ОМС (таблица 23).

**Коды дефекта согласно Перечня оснований**

Табл.23

|  |  |
| --- | --- |
| **Размер Кно** | **Код дефекта согласно Перечню оснований** |
| 0,1 | 3.1; 3.2.1; 4.2; 4.3 |
| 0,3 | 3.2.2; 3.5; 3.10 |
| 0,4 | 3.2.3 |
| 0,5 | 1.5; 3.4; 4.4 |
| 0,6 | 3.8 |
| 0,7 | 3.7 |
| 0,8 | 3.6 |
| 0,9 | 3.2.4; 3.12 |
| 1,0 | 1.4; 3.2.5; 4.1; 4.5; 4.6.2; раздел 5 |

В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены (пункт 4.6.1 Перечня оснований), страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

4.5. Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт), рассчитывается по формуле – п. 149 Правил ОМС:

Сшт = РП x Кшт,

**1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:**

**Сшт = РПА базовый x Кшт,**

где:

РПА базовый - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа;

**2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:**

**Сшт = РПСМП базовый x Кшт,**

где:

РПСМП базовый - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа;

**3) при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания:**

**Сшт = РППП базовый x Кшт,**

где:

РППП базовый - подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа;

1. **при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара:**

**Сшт = РПСТ x Кшт,**

где:

РПСТ - подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с территориальной программой на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа.

Коэффициент для определения размера штрафа (Кшт) устанавливается в соответствии с Перечнем оснований (таблица 24):

**Коды дефекта согласно Перечня оснований**

Табл. 24

|  |  |
| --- | --- |
| **Размер Кшт** | **Код дефекта согласно Перечню оснований** |
| 0,3 | 1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.2.6; 2.4.1; 2.4.2; 2.4.3; 2.4.4; 2.4.5; 2.4.6; 3.7; 4.6.1 |
| 0,5 | 1.5 |
| 1,0 | 1.2.1; 1.3.1; 1.4; 2.1; 2.3; 3.1; 3.6; 3.2.4; 3.12; 4.1, 4.6.2 |
| 3,0 | 1.2.2; 1.3.2; 3.2.5 |

1. **ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**
2. Настоящее Соглашение втупает в силу с 1 января 2020 года и действует до 31 декабря 2020 года.
3. Все приложения к настоящему Тарифному соглашению являются его неотъемлемой частью.
4. Настоящее Соглашение может быть изменено иди дополнено по соглашению Сторон. Внесение изменений и дополнений в настоящее Соглашение оформляются путем подписания дополнительных соглашений в соответствии с решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Тыва.
5. Признать утратившим силу «Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Республики Тыва на 2019 год» с января 2020 года.

