

**Тарифное соглашение
по обязательному медицинскому страхованию
на территории Республики Башкортостан
на 2022 год**

г. Уфа

27 декабря 2021г.

I. Общие положения

1.1. Настоящее тарифное соглашение (далее Соглашение) по реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Башкортостан на 2022 год (далее Территориальная программа ОМС) разработано в соответствии со следующими нормативными правовыми актами:

- Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в действующей редакции);
- Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в действующей редакции);
- Федеральный закон от 6 декабря 2021 года № 392-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;
- Закон Республики Башкортостан от 20 декабря 2021 № 487-з «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;
- постановление Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (в действующей редакции);
- проект постановления Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;
- постановление Правительства Республики Башкортостан от 23 декабря 2021 № 702 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Башкортостан на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 года № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (в действующей редакции);

-Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 30 декабря 2020 года №11-7/И/2-20691/00-10-26-2-04/11-51;

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 года № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»;

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2020 года № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

- другие нормативные правовые акты в сфере обязательного медицинского страхования граждан, регулирующие правоотношения по предмету настоящего Соглашения.

Соглашение заключено между:

-Министерством здравоохранения Республики Башкортостан в лице заместителя Премьер-министра Правительства Республики Башкортостан, министра здравоохранения Республики Башкортостан Забелина Максима Васильевича;

- Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан в лице директора Кофановой Юлии Анатольевны;

-Республиканской организацией Башкортостана профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Халфина Рауля Магруфовича;

- Страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в лице

директора Уфимского филиала АО «Страховая компания “СОГАЗ-Мед”» Фараховой Дианы Тагировны,

директора Уфимского филиала ООО «СМК РЕСО-Мед» Юсуповой Раисы Мансуровны, именуемыми в дальнейшем Сторонами.

1.2. Предметом настоящего Соглашения являются согласованные Сторонами положения по формированию, изменению и применению тарифов на медицинскую помощь, оказываемую медицинскими организациями в рамках Программы ОМС, распределению объемов медицинской помощи и объемов финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями страховыми медицинскими организациями(далее МО и СМО), порядку оплаты медицинской помощи, оказываемой по Программе ОМС, санкциям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, перечню расходов, входящих в структуру тарифа на оплату медицинской помощи по Программе ОМС.

1.3. Действие Соглашения распространяется на МО, функционирующие в системе обязательного медицинского страхования, в соответствии с Программой ОМС.

Вновь созданные МО могут подать уведомление об осуществлении деятельности в системе обязательного медицинского страхования в течение года.

1.4. В соответствии со статьей 147 Бюджетного кодекса Российской Федерации расходование средств бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан осуществляется исключительно на цели, определенные законодательством Российской Федерации, включая законодательство об обязательном медицинском страховании и в соответствии с бюджетом Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на текущий финансовый год, утверждаемым Законом Республики Башкортостан в установленном порядке.

1.5. В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» осуществляется проверка соответствия стоимости оказанной медицинской организацией медицинской помощи за отчетный период размеру финансового обеспечения объемов медицинской помощи, распределенных медицинской организации комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, созданной в соответствии с частью 9 статьи 36 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» на 2022 год, установленных договором в рамках базовой программы, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи с последующим уменьшением финансового обеспечения.

II. Способы оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2022 год.

Способы оплаты медицинской помощи, размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются в зависимости от условий оказания медицинской помощи, определенных частью 3 статьи 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);

- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации).

2.1. Способы оплаты первичной медико-санитарной медицинской помощи, оказываемой гражданам в амбулаторных условиях.

Для финансирования первичной медико-санитарной медицинской помощи, оказываемой гражданам в амбулаторных условиях, применяются 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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) 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, в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай). Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает, в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий;

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, 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 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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии);

- за единицу объема медицинской помощи — за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований радиоизотопной диагностики, лучевой терапии, ПЭТ/КТ

исследований в Центре ПЭТ, скрининговое ультразвуковое исследование, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (количественный метод));

- по нормативу финансирования структурного подразделения.

Способ оплаты по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерии соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»).

Оплата углубленной диспансеризации в соответствии с порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации осуществляется:

- в рамках I этапа углубленной диспансеризации – за комплексное посещение в сочетании с оплатой за единицу объема оказания медицинской помощи, включающее исследования и медицинские вмешательства в соответствии с пунктом 1 приложения N 11 к Соглашению (лист «Углубленная диспансеризация»);

- в рамках II этапа углубленной диспансеризации – за единицу объема оказания медицинской помощи, включающей исследования и медицинские вмешательства в соответствии с пунктом 2 приложения N 11 к Соглашению (лист «Углубленная диспансеризация»).

2.1.1. Итоговый объем финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в конкретной медицинской организации определяется по формуле:

$$\Phi O_{\text{ФАКТ}}^i = OC_{\text{ДС}}^i + \Phi ДП_{\text{Н}}^i * Ч_{\text{З}}^i + OC_{\text{ФАП}}^i + OC_{\text{ИССЛЕД}}^i + OC_{\text{НЕОТЛ}}^i + OC_{\text{ЕО}}^i \text{ где:}$$

$\Phi O_{\text{ФАКТ}}^i$ фактический размер финансового обеспечения i-той медицинской организации в части оказания первичной медико-санитарной помощи, рублей;

$OC_{\text{ДС}}^i$ размер средств, направляемых на оплату первичной медико-санитарной помощи по КСГ, оказываемой в i-той медицинской организации в условиях дневного стационара;

$OC_{\text{ИССЛЕД}}^i$ размер средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических

исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), радиоизотопной диагностики, лучевой терапии, ПЭТ/КТ исследований в Центре ПЭТ, скрининговое ультразвуковое исследование, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19). в i -той медицинской организации;

$OC_{\text{НЕОТЛ}}^i$	размер средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в i -той медицинской организации;
$OC_{\text{ЕО}}^i$	размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в i -той медицинской организации в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в Республике Башкортостан (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами);
$\Phi ДП_{\text{Н}}^i$	фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования i -той медицинской организации, рублей;
$Ч_3^i$	численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той медицинской организации, человек;
$OC_{\text{ФАП}}^i$	размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i -той медицинской организации;

2.1.2. Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций осуществляется по следующей формуле:

$$ДП_{\text{Н}}^i = \Phi O_{\text{СР}}^{\text{АМБ}} \times \text{Пр}_{\text{АМБ}} \times \text{КС}_{\text{МО}}^i \times \text{КУ}_{\text{МО}}^i \times \text{КД}_{\text{ОТ}}^i \times \text{КД}^i, \text{ где:}$$

$ДП_{\text{Н}}^i$	дифференцированный подушевой норматив для i -той медицинской организации, рублей;
$\Phi O_{\text{СР}}^{\text{АМБ}}$	средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;
$\text{Пр}_{\text{АМБ}}$	коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования в амбулаторных условиях;

$КС_{МО}^i$	коэффициент специфики, определенный для i -той медицинской организаций (учитывает половозрастной состав населения в виде половозрастных коэффициентов дифференциации);
$КУ_{МО}^i$	коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), для i -той медицинской организации;
$КД_{ОТ}^i$	коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i -той медицинской организаций;
$КД^i$	коэффициент дифференциации i -той медицинской организации.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинской организации, имеющей прикрепленное население (приложение № 3 к Соглашению), рассчитывается по формуле:

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

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

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

Показатели, используемые для определения дифференцированных фактических подушевых нормативов финансирования амбулаторной медицинской помощи рассчитываются в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

Финансирование по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц осуществляется:

- по обращениям в связи с заболеваниями и посещениям с профилактической целью по следующим специальностям:

В части обращений в связи с заболеваниями	В части посещений с профилактической целью
Врач общей практики	Врач общей практики
Кардиология	Кардиология
Педиатрия	Педиатрия
в том числе педиатр участковый	в том числе педиатр участковый
Терапия	Терапия
в том числе терапевт участковый	в том числе терапевт участковый
Эндокринология	Эндокринология
Неврология	Неврология
Хирургия	Хирургия
Урология	Урология
Оториноларингология	Оториноларингология
Офтальмология	Офтальмология
Онкология	
Физиотерапия	

- оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной, включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели установленного объема профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает, в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

2.1.3. Финансирование медицинских организаций по подушевому нормативу осуществляется СМО из общего подушевого норматива финансирования, утверждаемого Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан ежемесячно в установленном порядке.

Объем ежемесячного финансирования медицинской организации определяется СМО исходя из размера, фактического дифференцированного подушевого норматива медицинской организации и среднемесячной численности прикрепившихся лиц по следующей формуле:

$V_{\text{мфмо}} = \text{ФДПн}^i * Ч$, где:

$V_{\text{мфмо}}$ – объем месячного финансирования медицинской организации;

ФДПн^i – фактический дифференцированный подушевой норматив для медицинских организаций;

$Ч$ – среднемесячная численность лиц, прикрепившихся к медицинской организации.

Расчет среднемесячной численности лиц, прикрепившихся к медицинским организациям, осуществляется на основании сведений, предоставляемых медицинскими организациями в установленном порядке.

При этом медицинские организации ежемесячно формируют и представляют в СМО реестры медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях врачами вышеуказанных специальностей и медицинскими работниками, имеющими среднее медицинское образование, ведущими самостоятельный прием в установленном порядке. 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.

2.1.4. Оплата медицинской помощи, оказанной специальностями, не входящими в вышеуказанный перечень, осуществляется -за единицу объема медицинской помощи - за посещение, за обращение (законченный случай), за медицинскую услугу.

2.1.5. В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются:

- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;
- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;
- расходы медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц;
- расходы на оплату медицинской помощи по специальностям, не включенным в подушевой норматив;
- расходы на оплату посещений с целью консультации;
- расходы на оплату посещений, оказываемых в центрах здоровья;
- расходы на оплату обращений в связи с заболеванием в межмуниципальных онкологических центрах (ММОЦ) и центрах амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП);
- расходы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, радиоизотопной диагностики, лучевой терапии, ПЭТ/КТ исследований в Центре ПЭТ, скрининговое ультразвуковое исследование, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (количественный метод);
- средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов);
- расходы на оплату обращений в связи с заболеванием на долечивание в травматологических пунктах;
- расходы на оплату тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- расходы на оплату обращений в связи с заболеванием на медицинскую реабилитацию.

2.1.6. В объем медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями включаются:

1. Комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров (включая 1-е посещение для проведения диспансерного наблюдения).

2. Комплексные посещения для проведения диспансеризации.

3. Посещения с иными целями, в том числе:

- посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений) (за исключением 1-го посещения);

- посещения для проведения 2-этапа диспансеризации;

- разовые посещения в связи с заболеваниями, в том числе при оказании медицинской помощи в неотложной форме;

- посещения центров здоровья;

- посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;

- посещения с другими целями (патронаж, выдача справок и иных медицинских документов и др.).

Стоимость профилактических посещений в амбулаторных условиях с иными целями представлена Приложением №6к Соглашению.

Средний норматив объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме за счет средств обязательного медицинского страхования, включает, в том числе посещения на дому.

Оказание неотложной медицинской помощи осуществляется врачами-специалистами и медицинскими работниками со средним медицинским образованием, ведущими самостоятельный прием. Стоимость посещения по неотложной медицинской помощи представлена Приложением № 7 к Соглашению.

2.1.7. Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона только при последнем посещении больного по данному поводу. На 2022 год средняя кратность посещений в связи с заболеванием в одном обращении составляет 2,9.

Законченный случай обращения по заболеванию по медицинской реабилитации учитывается одной записью с указанием в разделе услуг дат визита пациента и кодов проведенных услуг.

Обращение по поводу заболевания (Приложение № 8 к Соглашению).

2.1.8. К лечебно-диагностическим услугам в амбулаторных условиях относятся исследования: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), радиоизотопной диагностики, лучевой терапии, ПЭТ/КТ исследований в Центре ПЭТ, скрининговое ультразвуковое исследование, тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

2.1.8.1. Оплата за лечебно-диагностическое исследование производится по областям исследования, при этом одна область соответствует одному объему медицинской помощи (1 исследованию) и может включать в себя одну или несколько медицинских услуг. Исследование каждой области с указанием кодов медицинских услуг принимается к оплате не более 1 раза.

Стоимость отдельных диагностических (лабораторных) исследований, для которых установлены отдельные нормативы программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС представлена Приложением № 9 к Соглашению. Стоимость лечебно-диагностических услуг - Приложением № 10 к Соглашению.

2.1.8.2. Категории лиц, для которых предусмотрено тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования представлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Башкортостан на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов.

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

- впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования;
- обратившихся граждан для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья, а также граждан, направленных медицинской организацией по месту прикрепления, медицинскими работниками образовательных организаций.

2.1.10. Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях включает посещения:

- врачей амбулаторно-поликлинических учреждений;
- врачей и медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, в медицинских кабинетах и здравпунктах образовательных учреждений;

-медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием

2.1.11. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерством здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 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».

Показатели результативности деятельности медицинских организаций и порядок их применения представлен Приложением № 30 к Соглашению.

Доля всех средств (Дрд) направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, составляет 0,05. Размер средств на осуществление стимулирующих выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившееся население, составляет 258,3млн. рублей в год.

В условиях угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией, со дня установления решением Главы Республики Башкортостана на территории республики ограничительных мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения в связи с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и до дня их отмены показатели результативности деятельности медицинской организации при оплате профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, в расчетах не применяются.

2.1.12. Тарифы профилактических медицинских осмотров и диспансеризации представлены Приложениями №11, №12, №13, №14 к Соглашению.

Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (в том числе углубленной), включающих профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний, проводимых в выходной день, осуществляется с применением повышающего коэффициента в размере 1,05 к утвержденным тарифам

2.1.13. Тариф на проведение полного комплекса мероприятий в рамках профилактических осмотров, включая диспансеризацию, мобильными медицинскими бригадами установлен с применением повышающего коэффициента в размере 1,1.

Кроме того, в Приложении № 29 к Соглашению установлены отдельные тарифы на медицинские услуги, оказываемые передвижными мобильными комплексами (маммография, флюорография, центры здоровья).

Для осуществления аналитического контроля установить признак «мобильные комплексы» через запись в справочнике подразделений мобильных комплексов для каждой из медицинской организации, осуществляющей первичную медико-санитарную помощь передвижными мобильными медицинскими комплексами. При подаче законченного случая первого этапа диспансеризации взрослого населения в реестре счетов на оплату оказанной медицинской помощи, при выполнении услуги «маммография» или «флюорография» мобильным комплексом иной медицинской организации в полях LPU (Код МО) и LPU_1 (Подразделение МО) указываются идентификационные данные медицинской организации, оказавшей эту услугу.

2.1.14. Финансовый размер обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, **при условии их соответствия требованиям**, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, в среднем на 2022 год представлен приложением № 15к Соглашению и составляет:

фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей – с применением понижающего коэффициента 0,5 к размеру финансового обеспечения фельдшерского /фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей или 603,2 тыс. рублей,

фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей – 1 206,3 тыс. рублей,

фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей – 1 910,9 тыс. рублей,

фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей – 2 145,8 тыс. рублей;

фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий свыше 2000 жителей - с применением повышающего коэффициента 1,05 к размеру финансового обеспечения фельдшерского /фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей или 2 253,1 тыс. рублей.

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

$$OC_{\Phi AP}^i = \sum_n \left(Ч_{\Phi AP}^n \times \Phi PO_{\Phi AP}^n \times ПК_{\Phi PO}^n \right), \text{ где:}$$

- $ОС_{ФАП}^i$ размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i -той медицинской организации;
- $Ч_{ФАП}^n$ число фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n -типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению);
- $ФРО_{ФАП}^n$ размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n -го типа;
- $ПК_{ФРО}^n$ 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).

Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого населения на 2022 год, представлен приложением № 16 к Соглашению.

Дифференцированный размер средств, направляемых на финансовое обеспечение одного фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, **не соответствующего требованиям**, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, рассчитывается следующим образом:

$$ФО_{ФАП} = ФРО_{ФАП} \times ПК_{ФАП}, \text{ где:}$$

$ФО_{ФАП}$ – дифференцированный размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта n -го типа, рублей;

$ФРО_{ФАП}$ – размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта n -го типа, содержит:

80% - затрат на формирование фонда оплаты труда с начислениями в соответствии с утвержденным штатным расписанием фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта;

20% - затрат на содержание и обеспечение материально-технической базы фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта.

$ПК_{ФАП}$ – поправочный коэффициент фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта.

$$ПК_{ФАП} = (0,8 \times K_{УК} + 0,2 \times K_{МТБ}), \text{ где:}$$

$K_{ук}$ – коэффициент укомплектованности фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта кадрами;

$K_{мтб}$ – коэффициент обеспеченности материально-технической базы фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта.

ПК_{ФАП}не может быть больше единицы!

В случае если $K_{ук} = 0$ и/или $K_{мтб} = 0$, финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов не осуществляется!

Коэффициент укомплектованности фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта кадрами ($K_{ук}$) и коэффициент обеспеченности материально-технической базы ($K_{мтб}$) определяются на основании ежемесячно предоставляемой ГКУЗ РБ МИАЦ г. Уфа актуализированной информации до 20 числа отчетного месяца (по данным медицинских организаций).

Актуализированная информация предоставляется **только по ФАП, имеющим лицензию.**

При этом коэффициент укомплектованности фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта кадрами ($K_{ук}$) определяется по следующей формуле:

$$K_{ук} = \frac{ЗД_{ФАП}}{РШН_{ФАП}}, \text{ где}$$

$ЗД_{ФАП}$ – количество занятых должностей фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта;

$РШН_{ФАП}$ – количество рекомендуемых приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н (в действующей редакции) штатных нормативов фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта.

При этом число рекомендуемых штатных нормативов ФАП, обслуживающего до 100 жителей соответствует числу рекомендуемых штатных нормативов ФАП, обслуживающего от 101 до 900 жителей.

Число рекомендуемых штатных нормативов ФАП, обслуживающего свыше 2000 жителей соответствует числу рекомендуемых штатных нормативов ФАП, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей».

Коэффициент обеспеченности материально-технической базы фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта ($K_{мтб}$) определяется по следующей формуле:

$$K_{мтб} = \frac{\sum Б}{100}, \text{ где}$$

$Б$ – условные баллы имеющегося медицинского оборудования (оснащения) фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта в соответствии со следующей таблицей.

№ п/п	Наименование оборудования (оснащения) ФАП	Требуемое количество (шт.) в соответствии со стандартом оснащения ФАПа согласно Приказа МЗ РФ от 15.05.2012 № 543н	Баллы ФАП при рекомендуемом наличии должностей врача акушера- гинеколога (акушерки)	Баллы ФАП без рекомендуемых должностей врача акушера- гинеколога (акушерки)
1	Рабочее место фельдшера с персональным компьютером и выходом в информационно-телекоммуникационную сеть*	не менее 1	2	2
2	Рабочее место врача акушерки с персональным компьютером и выходом в информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет"	не менее 1	2	0
3	Рабочее место медицинской сестры с персональным компьютером и выходом в информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет"	не менее 1	2	2
4	Шкаф для одежды	1	0,1	0,1
5	Шкаф для белья	1	0,1	0,1
6	Шкаф для лекарственных препаратов	1	2	3
7	Вешалка для одежды	2	0	0
8	Тумбочки медицинские	2	0,5	0,5
9	Стол манипуляционный	1	2	2
10	Стол процедурный	1	2	2
11	Стол инструментальный	1	2	2
12	Планальный стол	1	1	1
13	Кресло гинекологическое	1	2	2
14	Кушетки медицинские	2	3	3
15	Электрокардиограф портативный 3- или 6-канальный	1	4	4
16	Автоматический дефибриллятор	1	1	1
17	Тонومتر для измерения артериального давления на периферических артериях манжетами для измерения артериального давления у детей, в том числе до 1 года*	не менее 1	1	1
18	Фонендоскоп*	не менее 1	4	4
19	Сейф для хранения наркотических или психотропных лекарственных препаратов и лекарственных препаратов, содержащих сильнодействующие или ядовитые вещества	1	0,4	0,4
20	Холодильник для лекарственных препаратов	1	4	4
21	Бактерицидный облучатель/очиститель воздуха/устройство для обеззараживания и (или) фильтрации воздуха и (или) дезинфекции поверхностей	1	3	3
22	Носилки	2	1	1
23	Щит спинальный с устройством для фиксации головы, рентгенпрозрачный, амагнитный	1	0,1	0,1
24	Костыли	2	0,5	0,5

№ п/п	Наименование оборудования (оснащения) ФАП	Требуемое количество (шт.) в соответствии со стандартом оснащения ФАПа согласно Приказа МЗ РФ от 15.05.2012 № 543н	Баллы ФАП при рекомендуемом наличии должностей врача акушера- гинеколога (акушерки)	Баллы ФАП без рекомендуемых должностей врача акушера- гинеколога (акушерки)
25	Одеяло с подогревом	1	0,1	0,1
26	Секундомер	2	0,1	0,1
27	Термометр медицинский	5	3	4
28	Пузырь для льда	2	1	1
29	Шины для транспортной иммобилизации (разной конструкции)	2	0,5	0,5
30	Роторасширитель одноразовый	2	1	1
31	Языкодержатель	2	1	1
32	Стерилизатор электрический средний	1	0,1	0,1
33	Сухожаровой шкаф или автоклав	1	4	4
34	Кислородный ингалятор	1	1	1
35	Анализатор уровня сахара крови портативный с тест-полосками	1	3	3
36	Анализатор гемоглобина крови или тест-системы для определения уровня гемоглобина крови	1	2	2
37	Экспресс-анализатор уровня холестерина в крови портативный	1	1	1
38	Комплект оборудования для наглядной пропаганды здорового образа жизни	1	0,5	0,5
39	Весы напольные для взрослых	1	2	3
40	Весы для детей до 1 года	1	2	3
41	Дыхательный аппарат ручной (мешок Амбу)	1	1	1
42	Стетоскоп акушерский	1	1	1
43	Холодильник для хранения лекарственных препаратов	1	4	4
44	Ростомер	1	2	2
45	Сантиметровая лента	1	0,5	0,5
46	Пульсоксиметр портативный	1	3	3
47	Спирометр (портативный с одноразовыми мундштуками)	1	1	1
48	Набор для проведения коникотомии одноразовый	1	0,5	0,5
49	Емкости для дезинфекции инструментов и расходных материалов	1	1	1
50	Емкости для сбора бытовых и медицинских отходов	1	1	1
51	Аптечка экстренной профилактики парентеральных инфекций	1	1,5	1,5
52	Укладка для оказания помощи при остром коронарном синдроме	1	3	3,5
53	Укладка для оказания помощи при остром нарушении мозгового кровообращения	1	3	3,5

№ п/п	Наименование оборудования (оснащения) ФАП	Требуемое количество (шт.) в соответствии со стандартом оснащения ФАПа согласно Приказа МЗ РФ от 15.05.2012 № 543н	Баллы ФАП при рекомендуемом наличии должностей врача акушера- гинеколога (акушерки)	Баллы ФАП без рекомендуемых должностей врача акушера- гинеколога (акушерки)
54	Укладка для оказания помощи при желудочно-кишечном (внутреннем) кровотечении	1	3	3
55	Укладка с педикулоцидными средствами	2	1	1
56	Укладка экстренной профилактики парентеральных инфекций для оказания первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи	1	2	2
57	Укладка универсальная для забора материалов от людей и из объектов окружающей среды для исследования на инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих	1	0,5	0,5
58	Тонометр транспальпебральный для измерения внутриглазного давления	1	2	2
59	Аппарат для измерения артериального давления	1	4	4
60	Светильник медицинский передвижной (предусматривается для ФАПа при наличии должности акушерки)	не менее 1	1	0
61	Набор гинекологических инструментов (предусматривается для ФАПа при наличии должности акушерки)	не менее 1	1	0
62	Кольпоскоп (предусматривается для ФАПа при наличии должности акушерки)	не менее 1	1	0
	ИТОГО	х	100	100

*Требуемое количество определяется исходя из количества кабинетов фельдшера (акушерки, мед.сестры), функционирующих в составе ФАПа.

В случае если у фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов учитывает объем средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года и рассчитывается следующим образом:

$$OC_{\text{ФАП}}^j = OC_{\text{ФАПнг}}^j + \left(\frac{\text{ПРО}_{\text{ФАП}}^j}{12} \times n_{\text{мес}} \right), \text{ где:}$$

$OC_{\text{ФАП}}^j$	фактический размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта;
$OC_{\text{ФАПнг}}^j$	размер средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта с начала года;
$\text{ФРО}_{\text{ФАП}}^j$	размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, рассчитанный на основании размеров финансового обеспечения и поправочных коэффициентов (на год);
$n_{\text{МЕС}}$	количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

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

2.1.15. Оплата **стоматологической помощи** производится за посещение с профилактической или неотложной целью, или обращение по заболеванию с заполнением для анализа и статистики УЕТ в 1 медицинской услуге и включает расходы в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс на основе стандартов оказания медицинской помощи при лечении основного заболевания (в том числе оперативные пособия, все виды анестезии, рентгенологические исследования, другие лечебно-диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение и т.д.).

Оказание первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи должно быть основано на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 1-го, 2-х, 3-х зубов) за одно посещение.

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, представлено в Приложении к Соглашению № 17.

2.1.16. При оплате медицинской помощи, оказанной в Республике Башкортостан лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, применяется способ оплаты за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (Приложения к Соглашению №6, №7, №8, №9, №10).

2.1.17. При финансировании медицинской организации по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц руководитель медицинской организации обязан обеспечить в полном объеме оказание медицинской помощи вышеуказанными специалистами, а также необходимыми диагностическими исследованиями, в том числе путем заключения договоров с другими медицинскими организациями на оказание врачебной консультативной помощи и диагностических услуг.

2.1.18. Тарифы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи предусматривают компенсацию затрат как на посещение специалиста определенного профиля, так и распределенные по профильным посещениям расходы на проведение лечебных манипуляций, медицинских услуг вспомогательной и лечебно-диагностической службы.

2.1.19. Стоимость посещения сурдолога с целью настройки процессора кохлеарного импланта складывается из стоимости оказанных медицинских услуг:

- "регистрация вызванных акустических ответов мозга на постоянные модулированные тоны (ASSR тест)", код услуги А05.25.006;
- "исследование вызванной отоакустической эмиссии", код услуги А05.25.002.

2.1.20. Оказание медицинской помощи пациентам с применением телемедицинских технологий в виде консультации при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой предусматривает применение действующих тарифов в рамках, утвержденных медицинским организациям объемов оказания медицинской помощи (консультативных посещений или посещений, финансируемых по реестрам) с присвоением соответствующего кода.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий:

ГБУЗ РБ Белебеевская ЦРБ
ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ
ГБУЗ РБ Бирская ЦРБ
ГБУЗ РБ КБСМП г.Уфа
ГБУЗ РБ ГБ №1 г.Октябрьский
ГБУЗ РБ ГБ г.Кумертау
ГБУЗ РБ ГБ г.Нефтекамск
ГБУЗ РБ ГКБ № 1 г. Стерлитамак
ГБУЗ РБ ЦГБ г. Сибай
ГБУЗ РБ Туймазинская ЦРБ
ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г.Уфа
ГБУЗ РБ ГДКБ № 17 г.Уфа
ГБУЗ РБ ГКБ № 18 г.Уфа
ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г.Уфа
ГБУЗ РБ Родильный дом № 3 г. Уфа.
ГБУЗ РБ Дюртюлинская ЦРБ
ГБУЗ РБ Месягутовская ЦРБ
ГБУЗ РКВД
ГБУЗ РКИБ
ГБУЗ РКГВВ
ГБУЗ РКЦ
ГАУЗ РКОД
ГБУЗ РМГЦ
Уф НИИ ГБ АН РБ

ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова
ГБУЗ РДКБ
ГБУЗ РКПЦ
ГБУЗ РВФД

Оказание медицинской помощи пациентам с применением телемедицинских технологий в виде консультации при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями осуществляется в рамках, утвержденных медицинским организациям объемов оказания медицинской помощи по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц с присвоением соответствующего кода.

2.1.21. Размеры нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи(по Территориальной программе ОМС):

№ п/п	Наименование по условиям оказания медицинской помощи	Нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, руб.
1.	Комплексные посещения для проведения профилактических осмотров	2 242,80
2.	Комплексные посещения для проведения диспансеризации	2 773,04
3.	Посещения с иными целями	366,03
4.	Посещения по неотложной медицинской помощи	794,03
5.	Обращения в связи с заболеваниями и проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований в рамках базовой программы ОМС	1 779,86
6.	Обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация"	20 513,71
7.	Компьютерная томография	2 819,08
8.	Магнитно-резонансная томография	3 964,68
9.	УЗИ сердечно-сосудистой системы	545,74
10.	Эндоскопические диагностические исследования	1 023,94
11.	Молекулярно-генетические исследования	9 065,19
12.	Патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии)	2 241,62
13.	Тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)	665,95

Коэффициенты, применяемые для определения стоимости каждой единицы объема на основании базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу ее оказания:

Специальности	Базовый норматив финансовых затрат для обращений в связи с заболеваниями	Поправочный коэффициент стоимости обращения	Базовый норматив финансовых затрат для посещений с профилактическими целями	Относительный коэффициент стоимости посещения с учетом специальности
1	2	3	4	5
Акушерство и гинекология	945,45	1,55	200,90	1,1941
Аллергология и иммунология	945,45	1,45	200,90	1,6206
Ангиохирургический прием	945,45	0,94	200,90	0,9113
Гастроэнтерология	945,45	0,81	200,90	0,8554
Гематология	945,45	0,81	200,90	0,8554
Дерматология	945,45	1,06	200,90	0,7348
Инфекционные болезни	945,45	1,05	200,90	1,2842
Кардиология	945,45	1,04	200,90	0,9740
Колопроктология	945,45	0,94	200,90	0,9113
Неврология	945,45	1,02	200,90	1,0148
Нейрохирургия	945,45	0,94	200,90	0,9113
Нефрология	945,45	0,81	200,90	0,8554
Онкология	945,45	0,94	200,90	1,7457
Оториноларингология	945,45	1,00	200,90	0,7102
Сурдология-оториноларингология	945,45	1,00	200,90	0,7102
Офтальмология	945,45	0,79	200,90	0,6088
Педиатрия	945,45	1,25	200,90	1,2900
Пульмонология	945,45	0,81	200,90	0,8554
Ревматология	945,45	1,04	200,90	0,974
Сердечно-сосудистая хирургия	945,45	0,94	200,90	0,9113
Терапия	945,45	0,81	200,90	0,8554
Травматология и ортопедия	945,45	0,94	200,90	0,9113
Урология	945,45	0,66	200,90	0,7374
Физиотерапия	945,45	0,81	200,90	0,8554
Хирургия	945,45	0,94	200,90	0,9113
Челюстно-лицевая хирургия	945,45	0,94	200,90	0,9113
Эндокринология	945,45	1,52	200,90	1,7598
Врач общей практики	945,45	0,81	200,90	0,8554
Гериатрия			200,90	1,7102

2.2. Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в стационарных условиях.

При оплате медицинской помощи, оказанной в **стационарных условиях**, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2022 год применяются следующие способы оплаты:

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

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которых медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме, по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 32 к Соглашению.

Коды МКБ 10, одинаковые по трем первым знакам, могут попадать в разные КСГ в зависимости от знака после точки, ввод трехзначных кодов не допускается. Необходимо использовать полный код диагноза, включая все знаки после точки, в том числе пятый знак подрубрики при дополнительной характеристике состояния. При использовании дополнительных кодов МКБ-10 в качестве основного диагноза при формировании КСГ, рекомендовано в сопутствующем диагнозе, указывать код МКБ-10 основного заболевания.

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 обязательного медицинского страхования, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

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

- услуг диализа, включающих различные методы.

2.2.1. Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (СС_{КСГ}) по КСГ (за исключением случаев госпитализаций взрослых с применением лекарственной терапии злокачественных новообразований, порядок оплаты которых установлен Разделом 4.6.1 Методических рекомендаций) определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ/КПГ} = НФЗ \times КП \times КЗ_{КСГ} \times ПК \times КД, \text{ где}$$

НФЗ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, рублей.

КП - коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке, исключаяющей влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации) и коэффициента сложности лечения пациентов, принимающий значения не ниже 65% от значения норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования, (далее - коэффициент приведения при оплате специализированной медицинской помощи).

КЗ_{КСГ} - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне (приложение № 19 к Соглашению).

КД - коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - Постановление № 462). ПК - поправочный коэффициент оплаты КСГ (интегрированный коэффициент, устанавливаемый на региональном уровне).

Размер коэффициента приведения при оплате специализированной медицинской помощи рассчитывается по следующей формуле:

$$КП = \frac{БС}{НФЗ}, \text{ где}$$

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПГ (базовая ставка), рублей

В приложение № 18 к Соглашению размер базовой ставки установлен как с учетом, так и без учета коэффициента дифференциации (по Республике Башкортостан-1,109).

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

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

КС_{КСГ} - коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ).

КУС_{МО}-коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент (Приложение № 20 к Соглашению).

Распределение структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, по уровням оказания медицинской помощи на 2022 год (Приложение № 21 к Соглашению).

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен для данного случая).

2.2.2.1. Коэффициент спецификации оказания медицинской помощи (далее – коэффициент специфики) устанавливается тарифным соглашением для конкретной КСГ.

К КСГ, включенным в КПП st19 «Онкология» и st08 «Детская онкология», коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1).

К КСГ, включающим оплату медицинской помощи 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 применение понижающих коэффициентов не допускается.

Таблица 1. КСГ, к которым не применяются понижающие коэффициенты специфики.

№ КСГ	Наименование КСГ
st13.002	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
st13.005	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
st13.007	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
st15.015	Инфаркт мозга (уровень 2)
st15.016	Инфаркт мозга (уровень 3)
st17.001	Малая масса тела при рождении, недоношенность
st17.002	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость
st17.003	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация

В целях приведения стоимости медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара к финансовому нормативу Программы государственных гарантий применять понижающий коэффициент специфики - 0,8 ко всем остальным КСГ.

Стоимость клинико-статистических групп в условиях круглосуточного стационара с учетом поправочных коэффициентов на 2022 год представлена приложением № 22 к Соглашению.

2.2.2.2. КСЛП применяется при оказании медицинской помощи в стационарных условиях:

N	Случаи, для которых установлен КСЛП	Пороговые значения КСЛП
1	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет) (в том числе, включая консультацию врача-гериатра) <1>	1,05
2	Предоставление спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний)	1,2
3	Проведение сочетанных хирургических вмешательств	1,3
4	Проведение однотипных операций на парных органах	1,3
5	Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента	1,5
6	Сверх длительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями	1,5

<1> Кроме случаев госпитализации на геронтологические профильные койки.

При расчете окончательной стоимости случая лечения в целях применения КСЛП учитывается возраст пациента на дату начала госпитализации.

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

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

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

Проведение сочетанных хирургических вмешательств.

Перечень сочетанных (симультаных) хирургических вмешательств, выполняемых во время одной госпитализации:

код операции	наименование	код КСГ	наименование
A16.26.093	Операция 1. Фактоэмульсификация без интраокулярной линзы. Фактофрагментация, фактоаспирация	st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
A16.26.146	Операция 2. Реконструкция угла передней камеры глаза		

Проведение однотипных операций на парных органах.

При проведении однотипных операций на парных органах и сочетанных хирургических вмешательств по профилю «офтальмология» в следующих случаях:

код операции	наименование	код КСГ	наименование
A16.26.075.001	Склеропластика с использованием трансплантатов	st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)

A16.26.093.002	Факоэмульсификация имплантацией интраокулярной линзы	st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
A16.26.094	Имплантация интраокулярной линзы	st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
A22.26.004	Лазерная корепраксия, дисцизия задней капсулы хрусталика	st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
A22.26.010	Пантеринальная лазерная коагуляция	st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
A16.26.079	Реваскуляризация заднего сегмента глаза	st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
A16.26.147	Ретросклеропломбирование	st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)

Наличие у пациентов тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента

К таким сопутствующим заболеваниям и осложнениям заболеваний относятся: рассеянный склероз (G35); состояния после трансплантации органов и (или) тканей (Z94.0; Z94.1; Z94.4; Z94.8);

Случаи сверхдлительного пребывания

Оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением КСЛП. При этом критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 70 дней, обусловленная медицинскими показаниями.

Правила отнесения случаев к сверхдлительным не распространяются на КСГ, объединяющие случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (st19.075-st19.089), т.е. указанные случаи не могут считаться сверхдлительными, и оплачиваться с применением соответствующего КСЛП.

2.2.3. В составе КСГ st17.004 «Геморрагические и гемолитические нарушения у новорожденных» выделить подгруппы:

- st17.004.1 «Геморрагические нарушения у новорожденных» (коды МКБ10: P51-P54) с коэффициентом относительной затратоемкости – 6,0.

- st17.004.2 «Гемолитические нарушения у новорожденных» (коды МКБ10: P55 – P61) с коэффициентом относительной затратоемкости – 1,64.

2.2.4. При оплате медицинской помощи, оказанной пациентам с COVID-19 в стационарных условиях, КСГ с соответствующими коэффициентами относительной затратоемкости, рассчитаны, в том числе с учетом средней длительности пребывания пациентов в стационаре:

- для легкого течения заболевания – 12 дней;
- для среднетяжелого течения – 14 дней;
- для тяжелого течения – 17 дней;
- для крайне тяжелого течения – 24 дня;
- для долечивания – 9 дней.

2.2.5. Стоимость законченного случая лечения по КСГ в круглосуточном стационаре включает в себя расходы в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов оказания медицинской помощи по основному заболеванию в регламентируемые сроки (в том числе оперативные пособия, все виды анестезии, лабораторные, в том числе прижизненные гистологические и цитологические исследования, рентгенологические исследования, другие лечебно-диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж, лечебную физкультуру и т.д. (за исключением диализа и стоматологии)).

2.2.6. Оплата прерванных случаев лечения

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи: прерывание лечения по медицинским показаниям, перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменение условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказание медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевод пациента в другую медицинскую организацию, преждевременная выписка пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписка пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, по которым необходимо осуществлять оплату в полном объеме независимо от длительности лечения (приложение № 32 к Соглашению).

В случае если пациенту было 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 – 100% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию представлен в таблице 2 Приложения 7 «Перечни КСГ, используемые при оплате прерванных случаев оказания медицинской помощи» Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 20% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и из дневного стационара в круглосуточный – на усмотрение субъекта Российской Федерации), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев.

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.

Помимо случаев перевода пациента при возникновении нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10, и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ 10:

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

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

3. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара

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

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

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

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;

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

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

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

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

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

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

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.

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 вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

2.2.7. 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 на оплату по КСГ профиля «Неонатология».

2.2.8. Реанимационные КСГ.

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

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

Оплата случаев лечения с применением данных медицинских услуг с 2020 года осуществляется по двум КСГ – по сочетанию КСГ для оплаты лечения основного заболевания, являющегося поводом для госпитализации, и одной из вышеуказанных КСГ. При этом КСГ st36.009, st36.010, st36.011 подаются на оплату только в специально зарегистрированном для них отделении реанимации:

- в ГБУЗ РКЦ по КСГ st36.009 «Реинфузия аутокрови», КСГ st36.010 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация», КСГ st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация».

- в ГБУЗ РКБ имени Г.Г. Куватова по КСГ st36.009 «Реинфузия аутокрови», КСГ st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация».

- ГБУЗ РКПЦ МЗ РБ по КСГ st36.009 «Реинфузия аутокрови»;

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

При этом необходимыми условиями кодирования случаев лечения пациентов с органной дисфункцией являются:

1. Непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 72 часов и более;

2. Оценка по Шкале органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA) не менее 5 или оценка по шкале оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA) не менее 4.

Для кодирования признака «it1» должны выполняться одновременно оба условия. За основу берется оценка по шкале SOFA или pSOFA (для лиц младше 18 лет) в наиболее критическом за период госпитализации состоянии пациента.

Оценка состояния пациента по шкале SOFA осуществляется на основе оценки дисфункции шести органных систем (дыхательная, коагуляционная, печеночная, сердечно-сосудистая, неврологическая, почечная). Оценка каждого параметра в 0 баллов соответствует легкой дисфункции, оценка в 4 балла соответствует тяжелой недостаточности. Для кодирования признака «it1» должны выполняться одновременно оба условия. За основу берется оценка по шкале SOFA в наиболее критическом за период госпитализации состоянии пациента.

Градации оценок по шкале SOFA приведены в Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

Отнесение к КСГ st36.008 «Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении» по коду МКБ-10 (основное заболевание) и коду дополнительного классификационного критерия «it2», означающего непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 480 часов и более.

2.2.9. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»

Средние коэффициенты относительной затратоемкости КПП «Онкология» в стационарных условиях и в условиях дневного стационара установлены на основе нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «Онкология» и специализированной медицинской помощи, включенной в КПП «Детская 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).

Отнесение к КСГ, предусматривающим хирургическое лечение, осуществляется по коду МКБ 10 и коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой.

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

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

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) формируются на основании кода МКБ 10 и схемы лекарственной терапии.

Оптимальная длительность госпитализации в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ составляет 1 день, в связи с чем указанные случаи могут быть оказаны как в условиях дневного стационара, так и в амбулаторных условиях.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей формируются на основании кода МКБ 10, длительности и дополнительного классификационного критерия, включающего группу лекарственного препарата или МНН лекарственного препарата.

2.2.9.1. Особенности оплаты случаев проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых в условиях круглосуточного стационара.

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями определяется по следующей формуле:

$$CC_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - Д_{ЗП}) + Д_{ЗП} \times ПК \times КД), \text{ где}$$

- БС** размер средней стоимости законченного случая лечения без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей;
- КЗ_{КСГ/КПГ}** коэффициент относительной затратоемкости по КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (приложение № 19 к Соглашению);
- Д_{ЗП}** доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливаемое на федеральном уровне значение, к которому применяется КД);
- ПК** поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ (интегрированный коэффициент, рассчитываемый на региональном уровне);
- КД** коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462. (приложение № 2 к Соглашению);

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ

№ КСГ	Наименование КСГ	Доля
Круглосуточный стационар		
st19.084	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 2)	87,08%
st19.085	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 3)	88,84%
st19.086	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 4)	87,05%
st19.087	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 5)	88,49%
st19.088	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 6)	46,03%
st19.089	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 7)	26,76%
st19.105	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)	55,63%
st19.106	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)	41,67%
st19.107	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)	23,71%
st19.108	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)	18,75%
st19.109	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)	32,50%
st19.110	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)	8,76%
st19.111	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)	7,11%
st19.112	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)	7,77%

№ КСГ	Наименование КСГ	Доля
	кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)	
st19.113	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)	5,84%
st19.114	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)	5,79%
st19.115	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)	7,27%
st19.116	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)	5,90%
st19.117	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)	3,32%
st19.118	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14)	2,15%
st19.119	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15)	1,55%
st19.120	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16)	1,19%
st19.121	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17)	0,69%
st19.094	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)	75,89%
st19.095	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 2)	75,89%
st19.096	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 3)	75,89%
st19.097	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)	28,29%
st19.098	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 2)	46,99%
st19.099	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 3)	57,29%
st19.100	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4)	4,98%
st19.101	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)	15,77%
st19.102	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 6)	24,83%
st19.122	Поздний посттрансплантационный период после пересадки костного мозга	59,05%

2.2.10. Особенности оплаты отдельных случаев проведения лекарственной терапии в условиях круглосуточного стационара.

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для **отдельных** случаев лекарственной терапии определяется по следующей формуле:

$$CC_{\text{КСГ/КПГ}} = BC \times KZ_{\text{КСГ/КПГ}} \times ((1 - D_{3п}) + D_{3п} \times PK \times KD), \text{ где:}$$

BC размер средней стоимости законченного случая лечения без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей;

KZ_{КСГ/КПГ} коэффициент относительной затратоемкости по КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (приложение № 19 к Соглашению);

- Дзп доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливаемое на федеральном уровне значение, к которому применяется КД);
- ПК поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПП (интегрированный коэффициент, рассчитываемый на региональном уровне);
- КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462. (приложение № 2 к Соглашению);

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости отдельных КСГ

№ КСГ	Наименование КСГ	Доля
Круглосуточный стационар		
st06.004	Лечение дерматозов с применением наружной терапии	97,47%
st06.005	Лечение дерматозов с применением наружной терапии, физиотерапии, плазмафереза	98,49%
st06.006	Лечение дерматозов с применением наружной и системной терапии	99,04%
st06.007	Лечение дерматозов с применением наружной терапии и фототерапии	98,00%
st12.015	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1)	93,88%
st12.016	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2)	66,53%
st12.017	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3)	68,28%
st12.018	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4)	77,63%
st20.010	Замена речевого процессора	0,74%
st36.013	Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1)	0.00%
st36.014	Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 2)	0.00%
st36.015	Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 3)	0.00%
st36.016	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции	8,60%
st36.017	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1)	10,40%
st36.018	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2)	5,60%
st36.019	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3)	1,71%

2.2.11. Оплата оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в условиях круглосуточного стационара осуществляется за законченный случай по установленным нормативам финансовых затрат пределах объемов предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по видам ВМП без учета коэффициента уровня оказания медицинской помощи (Приложение № 23 к Соглашению).

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень). 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.

2.3. Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в условиях дневного стационара.

Финансовое обеспечение медицинской помощи в условиях дневного стационара, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2022 год осуществляется:

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

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которых медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме, по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 31 к Соглашению;

2.3.1. Стоимость одного случая госпитализации в условиях дневного стационара (СС_{КСГ/КПГ}) по КСГ или КПГ (за исключением случаев госпитализаций взрослых с применением лекарственной терапии злокачественных новообразований) определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ/КПГ} = НФЗ \times КП \times КЗ_{КСГ/КПГ} \times ПК \times КД, \text{ где}$$

НФЗ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, рублей;

КП - коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке, исключаяющей влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи,

коэффициента дифференциации (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации) и коэффициента сложности лечения пациентов, принимающий значения не ниже 60% от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее - коэффициент приведения при оплате специализированной медицинской помощи);

$K_{КСГ/КПГ}$ - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, определяется для каждой КСГ на федеральном уровне, и не может быть изменен, (приложение № 24 к Соглашению);

ПК - поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ (интегрированный коэффициент, рассчитываемый на региональном уровне);

КД- коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 (приложение № 2 к Соглашению).

Размер коэффициента приведения при оплате специализированной медицинской помощи рассчитывается по следующей формуле:

$$К П = \frac{Б С}{Н Ф З}, \text{ где}$$

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПГ (базовая ставка), без учета коэффициента дифференциации по Республике Башкортостан - 1,109 (приложение № 18 к Соглашению), рублей.

Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) рассчитывается в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ (интегрированный коэффициент) для конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты, установленных в Республике Башкортостан, по следующей формуле:

$$ПК = K_{КСГ/КПГ} \times K_{УСмо} \times K_{СЛП}, \text{ где}$$

$K_{КСГ/КПГ}$ - коэффициент специфики КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

$K_{УСмо}$ - коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

$K_{СЛП}$ - коэффициент сложности лечения пациента (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен для данного случая).

В целях приведения стоимости медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара к финансовому нормативу Программы государственных гарантий применять понижающий коэффициент специфики - **0,8** ко всем КСГ за исключением КСГ профилей «Онкология», «Детская онкология», КСГ для случаев проведения экстракорпорального оплодотворения, ds36.006

«Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения», ds36.008 -ds36.010 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов».

Для ФГУЗ "Медико-санитарная часть № 142 ФМБА России" –для всех КСГ коэффициент специфики равен **1,20**.

Коэффициент уровня медицинской организации в условиях дневного стационара не установлен.

2.3.2. Оплата прерванных случаев лечения

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи: прерывание лечения по медицинским показаниям, перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменение условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказание медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевод пациента в другую медицинскую организацию, преждевременная выписка пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписка пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, по которым необходимо осуществлять оплату в полном объеме независимо от длительности лечения (приложение № 32 к Соглашению).

В случае если пациенту было 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 – 100% от стоимости КСГ.

Таблицей 2 Приложения 7 Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи лечения по КСГ, не входящим в Таблицу 2 Приложения № 7, не могут быть оплачены с применением вышеперечисленных размеров оплаты прерванных случаев.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 20% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках дневного стационаров, а также в случае перевода из

круглосуточного стационара в дневной стационар и 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 оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев.

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.

При летальном исходе и длительности госпитализации более 3-х дней: при выполнении хирургического лечения, тромболитической терапии, либо другого вмешательства, определяющего отнесение случая к КСГ, случай оплачивается в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ; в остальных случаях оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

2.3.3. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в условиях дневного стационара осуществляется за законченный случай по установленным нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой, в пределах объемов предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по видам ВМП без учета коэффициента уровня оказания медицинской помощи (группы ВМП 23, 24) (Приложение № 23 к Соглашению).

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ 10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным Программой перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее - Перечень ВМП).

В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню ВМП, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

2.3.4. Проведение противовирусной терапии больным хроническими гепатитами в условиях дневного стационара предусмотрено только для ГБУЗ РКИБ по КСГds12.011 в рамках финансовых средств 2022 года.

2.3.5 Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «лучевая терапия» в условиях дневного стационара:

2.3.6. Стоимость законченного случая лечения по КСГ в дневном стационаре включает в себя расходы в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи и на основе стандартов оказания медицинской помощи по основному заболеванию в регламентируемые сроки (в том числе оперативные пособия, все виды анестезии, лабораторные, в том числе прижизненные гистологические и цитологические исследования, рентгенологические исследования, другие лечебно-диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж, лечебную физкультуру и т.д. (за исключением диализа и стоматологии).

2.3.7. Проведение экстракорпорального оплодотворения в условиях дневного стационара застрахованным лицам проводится в рамках специализированной помощи.

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

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется

Средний норматив финансовых затрат на 1 случай экстракорпорального оплодотворения, утвержденный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Башкортостан на 2022 год, составляет 138 323,91руб., что соответствует стоимости полного цикла экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов, но представляет собой усредненную стоимость случая экстракорпорального оплодотворения с учетом проведения у части пациентов неполных циклов и проведения в отдельных случаях полного цикла с криоконсервацией эмбрионов.

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет 1 день.

2.3.8. Особенности оплаты случаев проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых в условиях дневного стационара.

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями определяется по следующей формуле:

$$CC_{КСГ/КПГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - Д_{ЗП}) + Д_{ЗП} \times ПК \times КД), \text{ где}$$

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей;

КЗ_{КСГ/КПГ} - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (приложение № 24 к Соглашению);

Д_{зп}- доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ(устанавливаемое на федеральном уровне значение, к которому применяется КД);

ПК - поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ (интегрированный коэффициент, рассчитываемый на региональном уровне);

КД - коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462. (приложение № 2 к Соглашению);

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ

№ КСГ	Наименование КСГ	Доля
Дневной стационар		
ds19.080	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)	19,12%
ds19.081	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)	8,79%
ds19.082	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)	25,89%
ds19.083	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)	23,50%
ds19.084	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)	3,14%
ds19.085	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)	2,04%
ds19.086	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)	6,59%
ds19.087	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)	11,06%
ds19.088	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)	15,08%
ds19.089	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)	14,91%
ds19.090	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)	22,35%
ds19.091	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)	9,99%
ds19.092	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)	8,49%
ds19.093	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14)	5,64%
ds19.094	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15)	2,82%
ds19.095	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16)	58,40%
ds19.096	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17)	0,23%
ds19.058	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 1)	78,38%
ds19.060	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 3)	82,64%
ds19.061	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 4)	31,86%
ds19.062	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 5)	16,69%
ds19.067	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)	51,06%

№ КСГ	Наименование КСГ	Доля
Дневной стационар		
ds19.068	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 2)	51,06%
ds19.069	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 3)	51,06%
ds19.070	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 4)	51,06%
ds19.071	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)	4,13%
ds19.072	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 2)	12,75%
ds19.073	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 3)	22,53%
ds19.074	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4)	31,49%
ds19.075	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)	0,42%
ds19.076	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 6)	1,56%
ds19.077	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 7)	4,36%
ds19.078	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 8)	7,65%

2.3.9. Особенности оплаты отдельных случаев проведения лекарственной терапии в условиях дневного стационара.

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для случаев лекарственной терапии определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ/КПГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - Д_{ЗП}) + Д_{ЗП} \times ПК \times КД), \text{ где}$$

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей;

КЗ_{КСГ/КПГ} - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (приложение № 24 к Соглашению);

Д_{ЗП} - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением 3 к Программе значение, к которому применяется КД);

ПК - поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ (интегрированный коэффициент, рассчитываемый на региональном уровне);

КД - коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462. (приложение № 2 к Соглашению).

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ

№ КСГ	Наименование КСГ	Доля
Дневной стационар		
ds06.002	Лечение дерматозов с применением наружной терапии	97,44%
ds06.003	Лечение дерматозов с применением наружной терапии, физиотерапии, плазмафереза	96,30%

№ КСГ	Наименование КСГ	Доля
Дневной стационар		
ds06.004	Лечение дерматозов с применением наружной и системной терапии	98,27%
ds06.005	Лечение дерматозов с применением наружной терапии и фототерапии	98,20%
ds20.006	Замена речевого процессора	0,23%
ds36.007	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции	1,83%
ds36.008	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1)	2,20%
ds36.009	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2)	5,35%
ds36.010	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3)	9,40%

2.4. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация».

2.4.1. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация» осуществляется в условиях круглосуточного, а также дневного стационара в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» за законченный случай в утвержденных объемах на основе клинко-статистических групп болезней.

Для КСГ №№ st37.001-st37.013, st37.021 -st37.023 – в стационарных условиях и для КСГ ds37.001-ds37.008, ds37.015 -ds37.016 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (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 или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной приказом Министерства здравоохранения Республики Башкортостан. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях с оплатой по соответствующей КСГ. Шкала реабилитационной маршрутизации установлена порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н.

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 заболевания ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных

заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

2.4.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую реабилитацию в стационарных условиях:

ГБУЗ РКБ имени Г.Г. Куватова
ГБУЗ РКЦ
ГБУЗ РДКБ
ГБУЗ РКГВВ
ГБУЗ РБ КБСМП г. Уфа
ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфа
ГБУЗ РБ ГКБ № 5 г. Уфа
ГБУЗ РБ ГКБ № 8 г. Уфа
ГБУЗ РБ ГБ № 13 г. Уфа
ГБУЗ РБ ГДКБ № 17 г. Уфа
ГБУЗ РБ ГКБ № 18 г. Уфа
ЧУЗ «КБ «РЖД - Медицина» г. Уфа»
ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ
ГБУЗ РБ ГБ г. Кумертау
ГБУЗ РБ Месягутовская ЦРБ
ГБУЗ РБ ГБ г. Нефтекамск
ГБУЗ РБ ГБ №1 г. Октябрьский
ГБУЗ РБ ЦГБ г. Сибай
ГБУЗ РБ ГКБ № 1 г. Стерлитамак.
ГБУЗ РБ Учалинская ЦГБ

Случаи лечения в стационарных условиях по профилю «медицинская реабилитация» сроком менее 14 дней, подлежат экспертизе.

Срок госпитализации для 2 этапа кардиореабилитации должен определяться коллегиально специалистами мультидисциплинарной бригады.

2.4.3. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара:

ГАУЗ РБ «Санаторий для детей НУР г. Стерлитамак»
ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 2 г. Уфа
ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 3 г. Уфа
ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 4 г. Уфа
ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 5 г. Уфа
ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 6 г. Уфа
ГБУЗ РБ ГКБ № 5 г. Уфа
ГБУЗ РБ ГКБ № 8 г. Уфа
ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа
ГБУЗ РБ ГДКБ № 17 г. Уфа
ГБУЗ РБ ГКБ № 18 г. Уфа
ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГБ №1 г. Октябрьский
ГБУЗ РБ Туймазинская ЦРБ
ГБУЗ РБ Месягутовская ЦРБ
ГБУЗ РБ ГКБ Демского района г. Уфы
ЧУЗ «КБ «РЖД - Медицина» г. Уфа»
ГБУЗ РДКБ
ГБУЗ РКГВВ
ГБУЗ РВФД
ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ

2.5. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа.

2.5.1. Оказание медицинской помощи с применением методов диализа носит пожизненный характер проводимого лечения и оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа, в условиях дневного стационара - за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в условиях круглосуточного стационара - за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Учитывая единственный, законодательно 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 обязательного медицинского страхования за единицу объема в условиях дневного стационара и амбулаторных условиях принимается один месяц лечения (в среднем 13 услуг экстракорпорального диализа, 12-14 сеансов экстракорпорального гемодиализа в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца), в стационарных условиях к законченному случаю относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

Превышение стандарта проведения заместительной почечной терапии по медицинским показаниям по законченному случаю более 14 процедур гемодиализа принимать к оплате в каждом конкретном случае по письменному заключению главного внештатного специалиста после проведенной ведомственной экспертизы.

Оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется соответственно в условиях круглосуточного или дневного стационара, подается отдельным реестром в отделениях гемодиализа и перитонеального диализа с профилем КПП 0 «Диализ» и оплачивается за фактические услуги заместительной почечной терапии дополнительно к оплате законченного случая лечения по основной КСГ в утвержденных объемах.

Случай оказания медицинской помощи проведения услуг диализа в отделениях гемодиализа и перитонеального диализа, предъявленный к оплате с профилем КПП 0 «Диализ» в условиях дневного стационара в одной медицинской организацией, подлежит оплате, в том числе при пересечении сроков лечения случаев оказания медицинской помощи в другой медицинской организации по основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации в дневной или круглосуточный стационар.

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

При оказании медицинской помощи с услугами диализа в АПУ пациентам с хронической почечной недостаточностью в одной медицинской организации допускается пересечение сроков со сроками оказания медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационара другой медицинской организацией (за исключением КСГ профиля «нефрология»).

Согласно клиническим рекомендациям по нефрологии в рамках плановой подготовки пациента к программному гемодиализу формируется первичная нативная артериовенозная фистула. Формирование артериовенозной фистулы оптимально на додиализной стадии.

КСГ st19.038 "Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований"

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.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по КСГ st19.038 Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) в условиях круглосуточного стационара:

ГАУЗ РКОД МЗ РБ

ГБУЗ РБ ГKB №21 г. Уфа

ООО "МД Проект 2010"

ГБУЗ РБ Нефтекамская ЦРБ

Таким образом, выполнение объемов медицинской помощи в условиях дневного стационара по КСГ ds18.003 «Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа» могут приниматься на оплату без подтверждения процедурами гемодиализа.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по КСГ ds18.003 Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа в условиях дневного стационара:

ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова

ГБУЗ РДКБ
 ООО "Лаборатория Гемодиализа"
 ООО "Медсервис" г. Салават
 ГБУЗ РБ Чишминская ЦРБ

2.5.2. Учитывая одинаковые затраты, абсолютная стоимость услуг диализа является одинаковой, независимо от условий его оказания. Тарифы на услуги по методам диализа представлены в Приложении № 25 к Соглашению.

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 недопустимо.

Проезд пациентов до места оказания услуг диализа не включен в тариф и не подлежит оплате за счет средств ОМС.

Оплата за оказанные услуги диализа пациентам с хронической почечной недостаточностью, проживающих на территории Республики Башкортостан, осуществляется только при наличии данных пациентов в Региональном регистре больных с нефрологическими заболеваниями (ХБП С5д) в ГИС «РМИАС».

2.5.3. При наличии полиорганной недостаточности непочечного генеза (сепсисе, септическом шоке, полиорганной недостаточности, печеночной недостаточности, острых отравлениях, остром некротическом панкреатите, остром рабдомиолизе и других миоглобинурических синдромах, парапротеинемических гемобластозах, жизнеугрожающих обострениях аутоиммунных заболеваний) при нижеперечисленных КСГ

КСГ	Наименование КСГ	КЗ	Код профиля	Профиль
st02.006	Послеродовой сепсис	3,21	2	Акушерство и гинекология
st04.006	Панкреатит с синдромом органной дисфункции	4,19	4	Гастроэнтерология
st12.006	Сепсис, дети	4,51	12	Инфекционные болезни
st12.007	Сепсис с синдромом органной дисфункции	7,2	12	Инфекционные болезни
st27.013	Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции	4,07	27	Терапия
st29.007	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)	7,07	29	Травматология и ортопедия
st32.007	Панкреатит, хирургическое лечение	4,12	32	Хирургия (абдоминальная)
st33.008	Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции	14,07	33	Хирургия (комбустиология)
st35.002	Сахарный диабет, взрослые (уровень 2)*	1,49	35	Эндокринология

*- Для группы МКБ E10.0, E11.0, E12.0, E13.0, E14.0 («Сахарный диабет с комой») и E10.1, E11.1, E12.1, E13.1, E14.1 («Сахарный диабет с кетоацидозом»).

по показаниям возможно выполнение следующих услуг диализа:

A18.05.003.001 Гемофильтрация крови продленная;

A18.05.006.001 Селективная гемосорбция липополисахаридов.

При вышеперечисленных КСГ оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется **только в условиях круглосуточного стационара**, услуги диализа подаются отдельным реестром в отделениях фильтрации с профилем КСГ 0 «Диализ» и оплачивается за фактические медицинские услуги диализа в рамках одного законченного случая лечения в утвержденных объемах **в следующих МО, где имеются аппараты для проведения гемофильтрации:**

ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова

ГБУЗ РКЦ

ГБУЗ РБ КБСМП г.Уфа

ГБУЗ РБ ГKB №18 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГKB № 21 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГБ г. Нефтекамск.

ГБУЗ ГKB № 1 г. Стерлитамак

ГБУЗ РБ ГБ №2 г. Стерлитамак

ГБУЗ РКИБ

ГБУЗ РДКБ

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

2.6. Способы оплаты скорой, медицинской помощи, оказываемой гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации.

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.

2.6.1. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на застрахованных прикрепившихся лиц при оказании скорой медицинской помощи осуществляется следующим образом:

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации (приложение № 26 к Соглашению) умножается на численность застрахованного населения, прикрепленного в соответствии с зонами обслуживания станцией скорой медицинской помощи или отделением скорой медицинской помощи, входящим в состав медицинской организации.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации (приложение № 26 к Соглашению), рассчитывается в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования с учетом применения коэффициента специфики состоящего из половозрастного коэффициента дифференциации подушевого норматива (приложение № 4 к Соглашению) и районного

коэффициента к заработной плате и процентной надбавки 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 законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР, в том числе для расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований (приложение № 2 к Соглашению).

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

2.6.2. Финансирование медицинских организаций по подушевому нормативу осуществляется СМО из общего подушевого норматива финансирования, утверждаемого Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан ежемесячно в установленном порядке.

Объем ежемесячного финансирования медицинской организации определяется СМО исходя из размера, фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи для *i*-той медицинской организации (приложение № 26 к Соглашению) и среднемесячной численности застрахованного населения, прикрепленного в соответствии с зонами обслуживания, по следующей формуле:

$V_{мфмо} = ФДП_{ni} * Ч$, где:

$V_{мфмо}$ – объем месячного финансирования медицинской организации;

$ФДП_{ni}$ – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для *i*-той группы медицинских организаций;

$Ч$ – среднемесячная численность застрахованного населения, прикрепленного в соответствии с зонами обслуживания.

Расчет среднемесячной численности застрахованного населения, прикрепленного в соответствии с зонами обслуживания, осуществляется на основании сведений, предоставляемых медицинскими организациями в установленном порядке.

При этом медицинские организации ежемесячно формируют и представляют в СМО реестры скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) в установленном порядке. В реестры счетов на оплату медицинской помощи включаются все вызовы скорой медицинской помощи по установленным тарифам.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании скорой медицинской помощи включаются расходы медицинских организаций по оплате медицинской помощи, оказываемой линейными врачебными и линейными фельдшерскими бригадами.

Оплата выполненных специализированных вызовов (неврологических, реанимационных, кардиологических) и вызовов с применением тромболитического препарата осуществляется по стоимости вызова.

При оплате вызовов с применением тромболитического препарата к стоимости соответствующего вызова (врачебного или фельдшерского) добавляется стоимость примененного тромболитического препарата (Приложение № 26 к Соглашению).

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

$$\text{ФО}_{\text{СМП}} = \text{ФДПн}^i \times \text{ЧЗ}^{\text{ПР}} + \text{ОС}_в, \text{ где:}$$

$\text{ФО}_{\text{СМП}}$ размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей;

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

$\text{ЧЗ}^{\text{ПР}}$ численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек;

$\text{ОС}_в$ размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам за вызов, рублей.

Установление тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, за вызов скорой медицинской помощи осуществляется путем:

- установления базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания (норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи);

- установления коэффициентов, применяемых для определения стоимости каждой единицы объема на основании базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания.

Профиль бригады	Норматив финансовых затрат на единицу объема СМП (без учета Кдиф = 1,109)	Стоимость выполненного вызова (руб.)					
		коэффициенты, применяемые для определения стоимости единицы объема					
		без учета К дифференциации		с К дифференциации 1,105		с К дифференциации 2,015	
		Коэффициент	Стоимость	Коэффициент	Стоимость	Коэффициент	Стоимость
В рамках базовой программы							
Линейная врачебная	2 893,94	1,09485	3 168,43	1,20981	3 501,12	2,20609	6 384,29
Линейная фельдшерская	2 893,94	0,96630	2 796,40	1,06776	3 090,02	1,94705	5 634,65
Неврологическая	2 893,94	1,56358	4 524,90	1,72775	5 000,01		
Реанимационная	2 893,94	1,63291	4 725,55	1,80437	5 221,73		
Кардиологическая	2 893,94	1,46689	4 245,08	1,62091	4 690,81		

2.6.3. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, оказываемая застрахованным лицам в амбулаторных и стационарных условиях в отделениях экстренной медицинской помощи (скорой медицинской помощи) медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования, по заболеваниям (состояниям), входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования, оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования и включается в объем посещений и/или случаев госпитализации по территориальной программе обязательного медицинского страхования.

2.6.4. При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи за счет средств ОМС не осуществляется.

2.6.5. Расчет за скорую медицинскую помощь вне медицинской организации (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой помощи), оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого был выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляется за выполненный вызов в зависимости от профиля бригады на основе персонифицированных реестров счетов скорой медицинской помощи (Приложение № 27 к Соглашению).

2.7. Способы оплаты медицинской помощи, предоставляемой за счет межбюджетных трансфертов из бюджета Республики Башкортостан в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2022 год.

2.7.1. Дополнительные виды и условия оказания медицинской помощи, не установленные базовой программой ОМС.

Оплата медицинской помощи в рамках дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС, осуществляется в рамках утвержденных объемов за счет и в пределах межбюджетных трансфертов, переданных бюджету Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан из бюджета Республики Башкортостан, по персонифицированным реестрам счетов.

2.7.1.1. Оплата медицинской реабилитации (долечивания) работающих граждан в условиях санаторно-курортных организаций непосредственно после стационарного лечения осуществляется за законченный случай лечения из расчета длительности реабилитации (долечивания) в одном случае 14 дней.

При преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения оплата медицинской реабилитации (долечивания) осуществляется по фактическим койко-дням.

2.7.1.2. Оплату лечебных мероприятий с использованием аппаратного комплекса Кибер-нож (с имплантацией референсных маркеров и без имплантации референсных маркеров) в условиях дневного стационара осуществляется за случай лечения по фиксированной стоимости без применения коэффициента уровня оказания медицинской помощи.

2.7.1.3. Оплата медицинской помощи профиля «венерология по нижеуказанным кодам МКБ до знака после точки» осуществляется:

1) в амбулаторных условиях:

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

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

2) в дневном и круглосуточном стационаре:

с использованием КПП № 6 «Дерматология» в пределах утвержденных объемов медицинской помощи по персонифицированным реестрам счетов.

Оплата медицинской помощи по профилю «венерология» осуществляется за законченный случай лечения из расчета длительности госпитализации в одном случае:

- в условиях дневного стационара – 11 дней,

- в условиях круглосуточного стационара – 15 дней.

При преждевременной выписке пациента из медицинской организации, в том числе при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе оплата осуществляется по фактическим койко-дням.

Коды МКБ-10, используемые по профилю «венерология»:

**ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОЛОВЫМ ПУТЕМ
(A50-A64):**

A50 Врожденный сифилис:

A50.0 Ранний врожденный сифилис с симптомами

- A50.1 Ранний врожденный сифилис скрытый
- A50.2 Ранний врожденный сифилис неуточненный
- A50.3 Позднее врожденное сифилитическое поражение глаз
- A50.4 Поздний врожденный нейросифилис (ювенильный нейросифилис)
- A50.5 Другие формы позднего врожденного сифилиса с симптомами
- A50.6 Поздний врожденный сифилис скрытый
- A50.7 Поздний врожденный сифилис неуточненный
- A50.9 Врожденный сифилис неуточненный

A51 Ранний сифилис:

- A51.0 Первичный сифилис половых органов
- A51.1 Первичный сифилис анальной области
- A51.2 Первичный сифилис других локализаций
- A51.3 Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек
- A51.4 Другие формы вторичного сифилиса
- A51.5 Ранний сифилис скрытый
- A51.9 Ранний сифилис неуточненный

A52 Поздний сифилис:

- A52.0 Сифилис сердечно - сосудистой системы
- A52.1 Нейросифилис с симптомами
- A52.2 Асимптомный нейросифилис
- A52.3 Нейросифилис неуточненный
- A52.7 Другие симптомы позднего сифилиса
- A52.8 Поздний сифилис скрытый
- A52.9 Поздний сифилис неуточненный

A53 Другие и неуточненные формы сифилиса

- A53.0 Скрытый сифилис, неуточненный как ранний или поздний
- A53.9 Сифилис неуточненный

A54 Гонококковая инфекция:

A54.0 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования периауретральных или придаточных желез.

A54.1 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием периауретральных и придаточных желез

A54.2 Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов

A54.3 Гонококковая инфекция глаз

A54.4 Гонококковая инфекция костно-мышечной системы

A54.5 Гонококковый фарингит

A54.6 Гонококковая инфекция аноректальной области

A54.8 Другие гонококковые инфекции

A54.9 Гонококковая инфекция неуточненная

A55 Хламидийная лимфогранулема (венерическая)

A56 другие хламидийные болезни, передающиеся половым путем:

Включено: болезни, передающиеся половым путем, вызванные Chlamydia trachomatis

A56.0 Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта

A56.1 Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов

A56.2 Хламидийная инфекция мочеполового тракта неуточненная

A56.3 Хламидийная инфекция аноректальной области

A56.4 Хламидийный фарингит

A56.8 Хламидийные инфекции, передающиеся половым путем, другой локализации

A57 Шанкرويد

A58 Паховая гранулема

A59 Трихомоноз:

A59.0 Урогенитальный трихомоноз

A59.8 Трихомоноз других локализаций

A59.9 Трихомоноз неуточненный

A60 Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция (herpes simplex):

A60.0 Герпетические инфекции половых органов и мочеполового тракта

A60.1 Герпетические инфекции перианальных кожных покровов и прямой кишки

A60.9 Аногенитальная герпетическая инфекция неуточненная

A63 Другие болезни, передающиеся преимущественно половым путем, не классифицированные в других рубриках:

A63.0 Аногенитальные (венерические) бородавки

A63.8 Другие уточненные заболевания, передающиеся преимущественно половым путем

A64 Неуточненные болезни, передающиеся половым путем

B37 Кандидоз

B37.3 Кандидоз вульвы и вагины

B37.4 Кандидоз других урогенитальных локализаций

B37.9 Кандидоз неуточненный

ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ, СВЯЗАННАЯ С ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ (Z20-Z29):

Z20.2 Контакт с больным или возможность заражения инфекционной болезнью, передаваемой преимущественно половым путем

Z22.4 Носительство возбудителей инфекционных болезней, передаваемых преимущественно половым путем

2.7.1.4. Оплата паллиативной медицинской помощи по нижеуказанным кодам МКБ до знака после точки осуществляется:

1) в амбулаторных условиях:

- за единицу объема медицинской помощи - за посещение по паллиативной медицинской помощи без учета посещений на дому патронажными бригадами с заполнением в реестрах счетов выполненных медицинских услуг и указанием специалиста (врач и/или средний медицинский персонал).

- за единицу объема медицинской помощи – за посещение на дому выездными патронажными бригадами с заполнением в реестрах счетов выполненных медицинских услуг. Состав бригады не менее двух врачей – специалистов и средний медицинский персонал.

2) в круглосуточном стационаре:

- по персонифицированным реестрам счетов за фактические койко-дни.

С использованием КППГ № 36 «Прочие» в пределах утвержденных объемов медицинской помощи по персонифицированным реестрам счетов.

При необходимости длительной госпитализации случаи подаются на оплату ежемесячно, и не подлежат экспертизе по критерию отбора «повторная госпитализация».

Оплата за оказание медицинской помощи, в том числе за прерванный случай при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе осуществляется по фактическим койко-дням.

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем

Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения (Z00-Z99)

- Z40 Профилактическое хирургическое вмешательство при наличии факторов риска, со злокачественной опухолью

Z40.8 Другой вид профилактического хирургического вмешательства

Z40.9 Профилактическое хирургическое вмешательство неуточненное

- Z47 Другие виды последующей ортопедической помощи

Z 47.9 Последующая ортопедическая помощь неуточненная

- Z48 Другие виды последующей хирургической помощи

Z48.0 Уход за хирургическими повязками и швами

Z48.8 Другие уточненные виды последующей хирургической помощи

Z48.9 Последующая хирургическая помощь неуточненная

- Z51 Другие виды медицинской помощи

Z51.1 Химиотерапия по поводу новообразования
Z51.3 Переливание крови (без уточненного диагноза)
Z51.5 Паллиативная помощь

- Z54 Состояние выздоровления

Z54.0 Состояние выздоровления после хирургического вмешательства

Z54.1 Состояние выздоровления после радиотерапии

Z54.2 Состояние выздоровления после химиотерапии

Z54.3 Состояние выздоровления после психотерапии

Z54.4 Состояние выздоровления после лечения перелома

Z54.7 Состояние выздоровления после комбинированного лечения

Z54.8 Состояние выздоровления после другого лечения

Z54.9 Состояние выздоровления после неуточненного вида лечения

- C16 Злокачественное новообразование желудка

C16.0 Кардии

C16.1 Дна желудка

C16.2 Тела желудка

C16.3 Преддверия привратника

C16.4 Привратника

C16.5 Малой кривизны желудка неуточненной части

C16.6 Большой кривизны желудка неуточненной части

C16.8 Поражение желудка, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций

C16.9 Желудка неуточненной локализации

- C22 Злокачественное новообразование печени и внутрипеченочных желчных протоков

C22.0 Печеночноклеточный рак

C22.1 Рак внутрипеченочного желчного протока

C22.2 Гепатобластома

C22.3 Ангиосаркома печени

C22.4 Другие саркомы печени

C22.7 Другие уточненные раки печени

C22.9 Злокачественное новообразование печени неуточненное

- C25 Злокачественное новообразование поджелудочной железы

C25.0 Головки поджелудочной железы

C25.1 Тела поджелудочной железы

C25.2 Хвоста поджелудочной железы

C25.3 Протока поджелудочной железы

C25.4 Островковых клеток поджелудочной железы

C25.7 Других частей поджелудочной железы

C25.8 Поражение поджелудочной железы, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций

C25.9 Поджелудочной железы неуточненное

- C26 Злокачественное новообразование других и неточно обозначенных органов пищеварения

C26.0 Кишечного тракта неуточненной части

C26.1 Селезенки

C26.8 Поражение органов пищеварения, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций

C26.9 Неточно обозначенные локализации в пределах пищеварительной системы

- C34 Злокачественное новообразование бронхов и легкого

C34.0 Главных бронхов

C34.1 Верхней доли, бронхов или легкого

C34.2 Средней доли, бронхов или легкого

C34.3 Нижней доли, бронхов или легкого

C34.8 Поражение бронхов или легкого, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций

C34.9 Бронхов или легкого неуточненной локализации

- C54 Злокачественное новообразование тела матки

C54.0 Перешейка матки

C54.1 Эндометрия

C54.2 Миометрия

C54.3 Дна матки

C54.8 Поражение тела матки, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций

C54.9 Тела матки неуточненной локализации

- C55 Злокачественное новообразование матки неуточненной локализации

-

- C56 Злокачественное новообразование яичника

-

- C60 Злокачественное новообразование полового члена

C60.0 Крайней плоти

C60.1 Головки полового члена

C60.2 Тела полового члена

C60.8 Поражение полового члена, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций

C60.9 Полового члена неуточненной локализации

- C61 Злокачественное новообразование предстательной железы

-

- G90 Расстройства вегетативной [автономной] нервной системы

G90.5 Комплексный регионарный болевой синдром I типа

G90.6 Комплексный регионарный болевой синдром II типа

G90.7 Другой или неуточненный комплексный регионарный болевой синдром

- F00-F09 Органические, включая симптоматические, психические расстройства

F00* Деменция при болезни Альцгеймера (G30.-†)

F01 Сосудистая деменция

F02* Деменция при других болезнях, классифицированных в других рубриках

F03 Деменция неуточненная

F04 Органический амнестический синдром, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами

F05 Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами

F06 Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью

F07 Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга

F09 Органическое или симптоматическое психическое расстройство неуточненное

- D50 Железодефицитная анемия

D50.0 Железодефицитная анемия вторичная вследствие потери крови (хроническая)

D50.1 Сидеропеническая дисфагия

D50.8 Другие железодефицитные анемии

D50.9 Железодефицитная анемия неуточненная

- I26 Легочная эмболия

I26.0 Легочная эмболия с упоминанием об остром легочном сердце

I26.9 Легочная эмболия без упоминания об остром легочном сердце

I27 Другие формы легочно-сердечной недостаточности

I27.0 Первичная легочная гипертензия

I27.1 Кифосколиотическая болезнь сердца

I27.2 Другая вторичная легочная гипертензия

- I28 Другие болезни легочных сосудов

I28.0 Артериовенозный свищ легочных сосудов

I28.1 Аневризма легочной артерии

I28.8 Другие уточненные болезни легочных сосудов

I28.9 Болезнь легочных сосудов неуточненная

- I67 Другие цереброваскулярные болезни

I67.1 Аневризма мозга без разрыва

I67.2 Церебральный атеросклероз

I67.3 Прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия

I67.4 Гипертензивная энцефалопатия

I67.7 Церебральный артериит, не классифицированный в других рубриках

I67.8 Другие уточненные поражения сосудов мозга

I67.9 Цереброваскулярная болезнь неуточненная

- I69 Последствия цереброваскулярных болезней

I69.0 Последствия субарахноидального кровоизлияния

I69.1 Последствия внутричерепного кровоизлияния

I69.2 Последствия другого нетравматического внутричерепного кровоизлияния

I69.3 Последствия инфаркта мозга

I69.4 Последствия инсульта, не уточненные как кровоизлияние или инфаркт мозга

I69.8 Последствия других и неуточненных цереброваскулярных болезней

- I50 Сердечная недостаточность

I50.0 Застойная сердечная недостаточность

I50.1 Левожелудочковая недостаточность

I50.9 Сердечная недостаточность неуточненная

- J42 Хронический бронхит неуточненный

- J43 Эмфизема

J43.0 Синдром Мак-Леода

J43.1 Панлобулярная эмфизема

J43.2 Центрилобулярная эмфизема

J43.8 Другая эмфизема

J43.9 Эмфизема (легкого) (легочная)

- J44 Другая хроническая обструктивная легочная болезнь

J44.0 Хроническая обструктивная легочная болезнь с острой респираторной инфекцией нижних дыхательных путей

J44.1 Хроническая обструктивная легочная болезнь с обострением неуточненная

J44.8 Другая уточненная хроническая обструктивная легочная болезнь

J44.9 Хроническая обструктивная легочная болезнь неуточненная

- J47 Бронхоэктазия

- K90-K93 Другие болезни органов пищеварения

K90 Нарушения всасывания в кишечнике

K91 Нарушения органов пищеварения после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках

K92 Другие болезни органов пищеварения

K93* Поражения других органов пищеварения при болезнях, классифицированных в других рубриках

- K74 Фиброз и цирроз печени

K74.0 Фиброз печени

K74.1 Склероз печени

K74.2 Фиброз печени в сочетании со склерозом печени

K74.3 Первичный билиарный цирроз

K74.4 Вторичный билиарный цирроз
K74.5 Билиарный цирроз неуточненный
K74.6 Другой и неуточненный цирроз печени

- K76 Другие болезни печени

K76.0 Жировая печень (дегенерация печени), не классифицированная в других рубриках

K76.1 Хроническое пассивное полнокровие печени

K76.2 Центрилобулярный геморрагический некроз печени

K76.3 Инфаркт печени

K76.4 Пелиоз печени

K76.5 Веноокклюзионная болезнь печени

K76.6 Портальная гипертензия

K76.7 Гепаторенальный синдром

K76.8 Другие уточненные болезни печени

K76.9 Болезнь печени неуточненная

Тарифы медицинской помощи в рамках дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС на 2022 год, представлены в Приложении № 28 к Соглашению.

Контрольно - экспертные мероприятия по профилям «венерология» и «паллиативная медицинская помощь» проводятся согласно Порядку проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а так же ее финансового обеспечения (Приказ МЗ РФ от 19.03.2021г. №231н) в виде медико-экономической экспертизы (далее МЭЭ).

По результатам МЭЭ выявленные нарушения по случаю отражаются в заключении о результатах МЭЭ с указанием суммы оплаты или неоплаты оказанной медицинской помощи.

2.8. Оплата медицинской помощи в рамках межучрежденческих и межтерриториальных расчетов.

Межучрежденческие расчеты могут осуществляться 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, медицинскими организациями составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждую выполненную единицу объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай) с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. Страховые медицинские организации осуществляют оплату услуг 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 за выполнение исследований по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

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

Тарифы на лабораторные услуги, применяемые, в том числе для централизованных лабораторий и рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов представлены приложением № 29 к Соглашению.

Взаиморасчеты между медицинскими организациями при оказании лабораторных услуг централизованной лабораторией осуществляются страховыми медицинскими организациями.

В случае если взаиморасчеты осуществляются медицинскими организациями на основании гражданско-правовых договоров, тарифы устанавливаются исходя из условий соответствующих договоров.

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования граждан в Республике Башкортостан

3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцированно с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций:

1) коэффициент первого уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

2) коэффициент второго уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, а также для специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров, диспансеров;

3) коэффициент третьего уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

3.2. Коэффициенты дифференциации для медицинских организаций Республики Башкортостан на 2022 год, рассчитанные в соответствии с постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462 учитывающий районный коэффициент к заработной плате и процентную надбавку 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 законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР, в том числе для расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований устанавливаются приложением № 2 к Соглашению.

3.3. Тарифы на оплату медицинской помощи в сфере ОМС рассчитываются в соответствии с территориальными нормативами финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и устанавливаются исходя из объема бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы ОМС, установленного Законом Республики Башкортостан от 20.12.2021 года № 487-з «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов».

3.4. 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.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию сформированы в соответствии с принятыми в территориальной программе обязательного медицинского страхования способами оплаты медицинской помощи и 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 фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам, 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.

Оплата труда медицинских работников по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной, осуществляется в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации с учетом работы за пределами установленной для них продолжительности рабочего времени.

В состав тарифа по оплате не входят и за счет средств ОМС не компенсируются затраты на повышение размера оплаты труда и любые другие выплаты заработной платы, на установление повышенных тарифных ставок, надбавок, доплат, повышений и других выплат, устанавливаемых работникам медицинских организаций ведомственного подчинения в соответствии с нормативными правовыми актами и распорядительными документами министерств и ведомств, выходящих за рамки нормативных правовых актов по оплате труда работников учреждений здравоохранения.

3.5. Оплата расходов медицинских организаций 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 (за исключением расходов в части оказания высокотехнологичной медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС), осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

3.6. В условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией, со дня установления решением Главы Республики Башкортостан на территории Республики Башкортостан ограничительных мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения в связи с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и до дня их отмены финансовое обеспечение расходов страховых медицинских организаций и медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, может осуществляться в порядке ежемесячного авансирования оплаты медицинской помощи в размере до одной двенадцатой объема годового финансового обеспечения предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, распределенного решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, без учета фактического выполнения объемов предоставления медицинской помощи.

Не является обязательством страховых медицинских организаций и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан оплата медицинской помощи, предоставленной сверх объемов, утвержденных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Башкортостан.

3.7. Предельная стоимость лабораторных и диагностических услуг при осуществлении расчетов между МО установлена в приложении № 28 «Стоимость лабораторных и диагностических услуг при осуществлении расчетов между медицинскими организациями в сфере ОМС».

3.8. В расчеты тарифов на оплату оказания стационарной, амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе в дневных стационарах всех типов, включены затраты медицинских организаций, непосредственно связанные с процессом оказания медицинской помощи, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинских организаций в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи.

3.9. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо (численность застрахованного населения на основании данных регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц по состоянию на 01.01.2021 года – 3 961 764 человек) в части базовой программы обязательного медицинского страхования (средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи), за исключением размера средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Республики Башкортостан на 2022 год, составляет:

- в амбулаторных условиях – 5 838,79руб., исходя из расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях 23 131 919,008тыс. руб.;

- в стационарных условиях – 6 585,58руб., исходя из расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях 26 090 515,462руб. (с учетом высокотехнологичной медицинской помощи и медицинской реабилитации);

- в условиях дневного стационара – 1 726,08руб., исходя из расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара 6 838 330,894тыс. руб.;

- вне медицинской организации при оказании скорой медицинской помощи – 911,86руб., исходя из расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации 3 612 595,326тыс. руб.

IV. Размер 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

4.1. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан и страховые медицинские организации осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 года № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

4.2. В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные статьей 41 Федерального закона, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

4.3. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи определяется в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

4.4. Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле: $C = H + C_{шт}$, 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.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле: $H = РТ \times Кно$, 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 неоплаты, неполной оплаты оказания медицинской помощи, штрафов (Приложение № 32 к Соглашению).

В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены (пункт 2.16.1. 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:

$$\text{Сшт} = \text{РП} \times \text{Кшт},$$

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

$$\text{Сшт} = \text{РПА базовый} \times \text{Кшт}, \text{ где:}$$

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

На 2021 год РПА базовый составляет – 1 707,83руб. (1539,98*1,109)

Кшт- коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с Перечнем оснований неоплаты, неполной оплаты оказания медицинской помощи, штрафов.

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

$$\text{Сшт} = \text{РПСМП базовый} \times \text{Кшт}, \text{ где:}$$

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

На 2021 год РПСМП базовый составляет – 968,50 руб.(873,31*1,109)

3) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара:

$$\text{Сшт} = \text{РПст} \times \text{Кшт}, \text{ где:}$$

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;

На 2021 год РПст. составляет – 6 905,34руб.

РПдн.ст. составляет – 1 769,86 руб.

Средства от применения Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан и СМО к медицинским организациям санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, направляются на формирование нормированного страхового запаса в объеме и целях, предусмотренных ч.6 ст. 26 Федерального закона №326-ФЗ.

V. Заключительные положения.

5.1. Порядок приема и форма заполнения реестра счетов и счетов на оплату медицинской помощи в Республике Башкортостан.

5.1.1. Порядок приема реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в Республике Башкортостан осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011г. №29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования».

5.1.2. Порядок и форма заполнения реестра счетов и счетов на оплату медицинской помощи в Республике Башкортостан осуществляется в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011г. №79 «Об утверждении общих принципов построения функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

5.2. Формирование реестров пролеченных больных в стационарных условиях и условиях дневного стационара медицинскими организациями осуществляется строго в соответствии с объемами в разрезе КСГ, доведенными Министерством здравоохранения Республики Башкортостан до медицинских организаций на 2022 год.

5.3. По результатам деятельности круглосуточного и дневного стационаров медицинских организаций ТФОМС РБ проводится анализ сформированных реестров для оплаты за текущий месяц. Исходя из финансовой возможности и с учетом проведенного ТФОМС РБ анализа сформированных реестров на оплату, Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Башкортостан может устанавливать поправочные коэффициенты.

5.4. Индексация на медицинские услуги в системе ОМС осуществляется в установленном порядке при условии обеспеченности средствами ОМС.

5.5. Неотъемлемой частью Соглашения являются:

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2022 год (Приложение № 1 к Соглашению);

Коэффициенты дифференциации для медицинских организаций Республики Башкортостан на 2022 год, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (Приложение № 2 к Соглашению);

Коэффициенты дифференциации для расчета подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по состоянию на 01.01.2022 года (Приложение № 3 к Соглашению);

Коэффициенты дифференциации с учетом половозрастных затрат на 2022 год (Приложение № 4 к Соглашению);

Распределение медицинских организаций по группам 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, и расходов на их содержание и оплату труда на 2022 год (Приложение № 5 к Соглашению);

Стоимость одного посещения медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями по состоянию на 01.01.2022 года (Приложение № 6 к Соглашению);

Стоимость одного посещения медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме по состоянию на 01.01.2022 года (Приложение № 7 к Соглашению);

Стоимость одного обращения для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемых в связи с заболеваниями по состоянию на 01.01.2022 года (Приложение № 8 к Соглашению);

Стоимость отдельных диагностических (лабораторных) исследований, для которых установлены отдельные нормативы программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС по состоянию на 01.01.2022 года (Приложение № 9 к Соглашению);

Стоимость лечебно-диагностических услуг по состоянию на 01.01.2022 года (Приложение № 10 к Соглашению);

Стоимость 1 комплексного посещения при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения по состоянию на 01.01.2022 года (Приложение № 11 к Соглашению);

Стоимость 1 комплексного посещения при проведении диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации или оставшихся без попечения родителей, пребывающих в стационарных учреждениях или принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью, по состоянию на 01.01.2022 года. (Приложение № 12 к Соглашению);

Стоимость 1 комплексного посещения при проведении профилактических медицинских осмотров определенных групп взрослого населения на 01.01.2022 года (Приложение № 13 к Соглашению);

Стоимость 1 комплексного посещения при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних по состоянию на 01.01.2022 года (Приложение № 14 к Соглашению);

Финансовый размер обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, в среднем на 2022 год (Приложение № 15 к Соглашению);

Перечень фельдшерских, фельдшерско - акушерских пунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого населения на 2022 год (Приложение № 16 к Соглашению).

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 (Приложение № 17 к Соглашению);

Базовая ставка финансового обеспечения специализированной медицинской помощи по состоянию на 01.01.2022 года (Приложение № 18 к Соглашению);

Распределение КСГ заболеваний по профилям медицинской помощи (КПП) и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ/КПП (для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях) в 2022 году (Приложение № 19 к Соглашению);

Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи, по состоянию на 01.01.2022 года (Приложение № 20 к Соглашению);

Распределение структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, по уровням оказания медицинской помощи на 2022 год (Приложение № 21 к Соглашению);

Стоимость клинико-статистических групп в условиях круглосуточного стационара с учетом поправочных коэффициентов на 2022 год (Приложение № 22 к Соглашению);

Перечень и стоимость законченных случаев по профилю высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2022 году (Приложение № 23 к Соглашению);

Распределение КСГ заболеваний по профилям медицинской помощи и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ/КПП (для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара) в 2022 году (Приложение № 24 к Соглашению);

Тариф и структура тарифов на услуги гемодиализа и перитониального диализа по состоянию на 01.01.2022 года (Приложение № 25 к Соглашению);

Коэффициенты дифференциации для расчета подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на прикрепившихся, в соответствии с зонами обслуживания лиц, по состоянию на 01.01. 2022 года (Приложение № 26 к Соглашению);

Стоимость одного выполненного вызова бригады скорой медицинской помощи в зависимости от профиля по состоянию на 01.01.2022 года (Приложение № 27 к Соглашению);

Тарифы медицинской помощи в рамках дополнительного финансового обеспечения организации медицинского страхования на территории Республики Башкортостан на 2022 год (Приложение № 28 к Соглашению);

Стоимость лабораторных и диагностических услуг при осуществлении расчетов между медицинскими организациями в сфере ОМС по состоянию на 01.01.2022 года (Приложение № 29 к Соглашению);

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшение оплаты медицинской помощи) (Приложение № 30 к Соглашению);

Порядок применения показателей результативности деятельности

медицинских организаций (Приложение № 31 к Соглашению);

Примерный перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний) с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно (Приложение № 32 к Соглашению).

5.6. Настоящее Соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению Сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме, и являются неотъемлемой частью настоящего Соглашения.

Стороны принимают на себя обязательства выполнять настоящее Соглашение.

В случае возникновения споров по настоящему Соглашению Стороны принимают меры по их разрешению путем переговоров между собой.

Разъяснения по применению настоящего Соглашения дает Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан, в части нормативных документов, принятых Министерством здравоохранения Республики Башкортостан – Министерство здравоохранения Республики Башкортостан.

5.7. Настоящее Соглашение вступает в силу с 01 января 2022 года, и действует до принятия нового Тарифного соглашения.

ПОДПИСИ СТОРОН:

Министерство здравоохранения
Республики Башкортостан:
Заместитель Премьер-министра
Правительства Республики Башкортостан –
министр здравоохранения

М.В. Забелин

Территориальный фонд
обязательного медицинского страхования
Республики Башкортостан:
Директор

Ю.А. Кофанова

Республиканская организация
Башкортостана профсоюза
работников здравоохранения
Российской Федерации:
Председатель

Р.М. Халфин

Страховые медицинские организации:

Директор Уфимского филиала
АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»

Д.Т.Фарахова

Директор Уфимского филиала ООО
«СМК РЕСО-Мед»

Р.М. Юсупова