

Начальник  
управления здравоохранения  
Липецкой области

  
\_\_\_\_\_ А.В. Маркова  
«31» января 2024г.



Заместитель директора –  
начальник финансово-  
экономического управления  
территориального фонда  
обязательного медицинского  
страхования Липецкой области

  
\_\_\_\_\_ О.В. Перфилова  
«31» января 2024г.



Председатель  
Липецкой областной  
организации профсоюза работников  
здравоохранения РФ

  
\_\_\_\_\_ Н.Ю. Зубова  
«31» января 2024г.



Представитель страховых  
медицинских организаций  
директор Липецкого филиала АО  
«Страховая компания «СОГАЗ-  
Мед»

  
\_\_\_\_\_ А.С. Неугодов  
«31» января 2024г.



Член правления Липецкой областной  
общественной организации содействия  
реализации прав медицинских работников  
«Ассоциация медицинских работников»

  
\_\_\_\_\_ А.Н. Степанов  
«31» января 2024г.



**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ  
на оплату медицинской помощи  
по обязательному медицинскому страхованию  
на территории Липецкой области на 2024 год**

Липецк 2024

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>1.</b>	<b>Общие положения.....</b>	<b>7</b>
1.1.	Представители сторон, заключивших тарифное соглашение.....	7
1.2.	Предмет тарифного соглашения.....	7
1.3.	Нормативные документы.....	8
1.4.	Основные понятия и определения.....	9
<b>2.</b>	<b>Способы оплаты медицинской помощи.....</b>	<b>11</b>
2.1.	Общие положения.....	11
2.2.	Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.....	14
2.2.1.	Порядок оплаты амбулаторной медицинской помощи.....	15
2.2.1.1.	Порядок оплаты медицинской помощи (медицинских услуг), оказанной в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.....	18
2.2.1.2.	Порядок оплаты медицинской помощи (медицинских услуг), оказанной в поликлиниках МО (структурных подразделениях МО), не имеющих прикрепившихся лиц .....	22
2.2.1.3.	Порядок оплаты отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого–анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)).....	22
2.2.1.4.	Порядок финансирования фельдшерских, и фельдшерско-акушерских пунктов.....	24
2.2.1.5.	Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в центрах здоровья.....	24
2.2.1.6.	Порядок оплаты медицинских услуг по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения.....	26
2.2.1.7.	Порядок оплаты профилактических медицинских осмотров.....	27
2.2.1.8.	Порядок оплаты медицинских услуг по проведению углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой	

2.2.1.9.	коронавирусной инфекцией (covid-19).....	28
2.2.1.10.	Порядок оплаты диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.....	30
2.2.1.11.	Порядок оплаты диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.....	30
2.2.1.12.	Порядок оплаты профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних.....	31
2.2.1.13.	Оплата диализа в амбулаторных условиях.....	31
2.2.1.14.	Оплата за проведение позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией.....	32
2.2.1.15.	Оплата за проведение медицинской реабилитации в амбулаторных условиях.....	32
2.2.1.16.	Оплата за проведение диспансерного наблюдения.....	32
2.2.1.17.	Оплата за проведение школы сахарного диабета.....	33
	Оплата за проведение диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин.....	34
2.3.	Оплата медицинской помощи, оказанной в круглосуточных стационарах.....	35
2.3.1.	Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в круглосуточных стационарах.....	35
2.4.	Оплата медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах.....	39
2.4.1.	Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах.....	39
2.5.	Оплата скорой медицинской помощи.....	41
2.5.1.	Порядок оплаты медицинских услуг скорой медицинской помощи.....	41
<b>3.</b>	<b>Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи</b>	<b>44</b>
3.1.	Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.....	44
3.1.1.	Размер среднего подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях.....	45
3.1.2.	Размер базового подушевого норматива финансирования медицинских организаций.....	45
3.1.3.	Половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения на 2024 год.....	45
3.1.4.	Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, применяемых при осуществлении выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, критерии их оценки, размер и порядок осуществления выплат за их выполнение.....	46
3.1.5.	Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи.....	56
3.1.5.1.	Тарифы на оплату посещений, обращений.....	57

3.1.5.2.	Тарифы по стоматологии.....	58
3.1.5.2.1.	Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях.	58
3.1.5.3.	Тарифы на отдельные медицинские услуги.....	58
3.1.5.3.1.	Тарифы на отдельные медицинские услуги, применяемые при оплате амбулаторной медицинской помощи, в том числе для проведения межучрежденческих расчетов .....	58
3.1.5.3.2.	Тарифы на медицинские услуги, финансирование которых осуществляется в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленными Территориальной программой ОМС из средств, не входящих в расчет подушевых нормативов.....	58
3.1.5.3.3.	Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения .....	59
3.1.5.3.4.	Тарифы на медицинские услуги по проведению углубленной диспансеризации определенных групп взрослого населения гражданам, переболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).....	59
3.1.5.3.5.	Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации .....	59
3.1.5.3.6.	Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.....	59
3.1.5.3.7.	Тарифы на медицинские услуги по проведению профилактических медицинских осмотров несовершеннолетним	59
3.1.5.3.8.	Тарифы на медицинские услуги по проведению профилактических медицинских осмотров.....	59
3.1.5.3.9.	Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в центрах здоровья .....	59
3.1.5.3.10	Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин.....	59
3.1.5.3.11	Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансерного наблюдения.....	59
3.1.5.3.12	Тарифы на медицинские услуги по проведению медицинской реабилитации в амбулаторных условиях.....	59
3.1.6.	Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций .....	59
3.2.	Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях .....	60

3.2.1.	Средний размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в круглосуточных стационарах, установленных Территориальной программой ОМС.....	60
3.2.2.	Перечень клинико-статистических групп (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратноёмкости КСГ.....	60
3.2.3.	Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ.....	60
3.2.4.	Поправочные коэффициенты оплаты КСГ.....	60
3.2.4.1.	Коэффициенты подуровня оказания медицинской помощи в круглосуточных стационарах.....	60
3.2.4.2.	Коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) в круглосуточном стационаре.....	63
3.2.4.3.	Коэффициенты специфики.....	65
3.2.5.	Расчет стоимости 1 случая лечения заболевания в круглосуточном стационаре.....	66
3.2.6.	Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи.....	70
3.2.7.	Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.....	72
3.3.	Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.....	82
3.3.1.	Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи по дневным стационарам, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в дневных стационарах, установленных Территориальной программой ОМС.....	82
3.3.2.	Перечень клинико-статистических групп (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратноёмкости КСГ.....	82
3.3.3.	Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ.....	82
3.3.4.	Поправочные коэффициенты оплаты КСГ.....	82
3.3.4.1.	Коэффициенты подуровня оказания медицинской помощи в дневных стационарах.....	82
3.3.4.2.	Коэффициенты специфики.....	83
3.3.4.3.	Коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) в дневном стационаре.....	83
3.3.5.	Расчет стоимости 1 случая лечения в дневном стационаре.....	83
3.3.6.	Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.....	87
3.4.	Размер и структура тарифов на оплату скорой медицинской помощи.....	94
3.4.1.	Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи.....	94

3.4.2.	Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи .....	94
3.4.3	Половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения по скорой медицинской помощи на 2024 год .....	94
3.4.4.	Тарифы на вызов скорой медицинской помощи.....	95
<b>4.</b>	<b>Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.....</b>	<b>95</b>
<b>5.</b>	<b>Заключительные положения.....</b>	<b>111</b>
5.1.	Срок действия Тарифного соглашения.....	111
5.2.	Порядок изменения Тарифного соглашения.....	111
5.3.-5.6.	Прочие положения.....	111
	Перечень приложений.....	112

## **1. Общие положения**

### **1.1. Представители сторон, заключивших Тарифное соглашение**

Управление здравоохранения Липецкой области в лице начальника управления Марковой Анны Владимировны, действующей на основании Положения, именуемое в дальнейшем «Управление»,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Липецкой области в лице заместителя директора – начальника финансово-экономического управления фонда Перфиловой Ольги Васильевны, действующей на основании Положения, именуемый в дальнейшем «ТФОМС Липецкой области»,

Страховые медицинские организации в лице директора Липецкого филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Неугодова Александра Сергеевича, действующего на основании доверенности, именуемые в дальнейшем «Страховщики»,

Липецкая областная общественная организация содействия реализации прав медицинских работников «Ассоциация медицинских работников» в лице члена правления ассоциации Степанова Алексея Николаевича, действующего на основании Устава,

Липецкая областная организация профсоюза работников здравоохранения РФ в лице председателя Зубовой Натальи Юрьевны, действующей на основании Устава, именуемая в дальнейшем «Профсоюз»,

далее все вместе именуемые «Стороны» в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» заключили настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Липецкой области на 2024 год (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем.

### **1.2. Предмет Тарифного соглашения**

Тарифное соглашение устанавливает способы оплаты медицинской помощи, применяемые в системе обязательного медицинского страхования на территории Липецкой области, размер и структуру тарифов на оплату медицинской помощи, 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, порядок взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на территории Липецкой области при оплате медицинской помощи.

Тарифное соглашение устанавливает общие методические принципы оплаты медицинской помощи (медицинских услуг) в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Липецкой области.

Действие Тарифного соглашения распространяется на медицинские организации, функционирующие в системе обязательного медицинского страхования, в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов.

### **1.3. Нормативные документы**

Тарифное соглашение разработано на основании:

- Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями на 25.12.2023);
- Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон) (с изменениями на 25.12.2023);
- Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (с изменениями на 06.02.2023);
- Постановления Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов»;
- Постановления Правительства РФ от 05.11.2022 № 1998 «Об утверждении Правил ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»;
- Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (с изменениями на 13.12.2022) (далее – Правила 108н);
- Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (с изменениями на 18.12.2023);
- Приказа 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 так же ее финансового обеспечения» (с изменениями на 21.02.2022);
- Постановления Правительства Липецкой области от 29.12.2023 № 836 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов»;
- Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.



## 1.4. Основные понятия и определения

В рамках настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные понятия и их определения:

Для целей реализации настоящих рекомендаций устанавливаются следующие основные понятия и термины.

**ОМС** - обязательное медицинское страхование;

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

**МО** (медицинская организация) - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации и включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования Липецкой области;

**Тариф на медицинскую услугу** – денежная сумма, определяющая уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинской организации, связанных с оказанием медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования;

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

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

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

**Базовая ставка** - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов (средняя стоимость законченного случая лечения);

**Коэффициент относительной затратоемкости** - устанавливаемый рекомендациями Минздрава РФ и ФФОМС коэффициент затратоемкости клинико-статистической группы заболеваний, отражающий отношение ее затратоемкости к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

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

**Коэффициент уровня оказания медицинской помощи** - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи;

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

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

## **2. Способы оплаты медицинской помощи**

### **2.1. Общие положения**

Способы оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования на территории Липецкой области установлены «Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов».

Оплата медицинской помощи (медицинских услуг), оказанных МО, производится СМО и ТФОМС Липецкой области, в порядке, предусмотренном договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, разработанными в соответствии с Типовым договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2020 № 1417н.

Оплата медицинской помощи осуществляется в соответствии с предъявленными МО счетами и реестрами счетов за оказанные медицинские услуги, по тарифам, действующим в системе ОМС на территории Липецкой области на дату окончания оказания медицинской помощи.

После осуществления оплаты медицинской помощи СМО доводят до сведения каждой МО в письменной форме информацию о сумме окончательного финансирования в разрезе видов медицинской помощи и способов оплаты в сроки согласованные между СМО и МО.

Показатель объема медицинской помощи, предоставляемой в условиях круглосуточного стационара (в том числе для медицинской реабилитации) выражается в количестве случаев госпитализации в расчете на 1 пациента в год, в поликлинике - в количестве посещений (комплексных посещений), обращений, количестве услуг в расчете на 1 человека в год, в условиях дневного стационара (в том числе для медицинской реабилитации) - в количестве случаев лечения (случаев), скорой медицинской помощи - в количестве вызовов в расчете на 1 человека в год.

Объем медицинской помощи определяется в соответствии с территориальной программой ОМС. Объемы и финансовое обеспечение медицинской помощи для каждой МО в расчете на год устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

СМО и ТФОМС Липецкой области, осуществляя оплату медицинской помощи, вправе, по результатам проведенного контроля объемов и качества медицинской помощи, частично или полностью не возмещать затраты МО за оказанную медицинскую помощь (медицинские услуги) путем удержания суммы, не подлежащей оплате, с последующего счета МО, а также применить к МО штрафные санкции.

Способы и формы оплаты медицинской помощи, не предусмотренные настоящим Тарифным соглашением, в системе ОМС на территории Липецкой области, не применяются.

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

Тарифы предусматривают компенсацию расходов по обеспечению деятельности медицинской организации в части, относящейся к деятельности по ОМС. В тарифы не включаются расходы медицинской организации, которые в соответствии с территориальной программой ОМС финансируются за счет средств бюджетов всех уровней или других источников.

Контроль использования средств ОМС СМО и МО осуществляется ТФОМС Липецкой области в соответствии с Федеральным законом, в том числе путем проведения проверок.

Использование средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями на финансирование мероприятий, видов медицинской помощи, не включенных в территориальную программу обязательного медицинского страхования, на оплату видов расходов, не включенных в состав тарифа на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, является нецелевым использованием средств ОМС, в том числе:

- в результате завышения численности застрахованных лиц;
- в результате завышения тарифов медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС;
- в результате включения в реестр счетов и счета на оплату медицинской помощи медицинских услуг, подлежащих оплате за счет иных источников;
- в результате необоснованно запрошенных дополнительных сумм финансирования;
- оплата видов медицинской помощи, не включенных в территориальную программу ОМС;

- оплата расходов, не включенных в тарифы на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС;
- финансирование структурных подразделений (служб) МО, финансируемых из иных источников;
- расходование средств сверх норм, установленных соответствующими министерствами, ведомствами;
- расходование средств при отсутствии подтверждающих документов;
- оплата собственных обязательств (долгов), не связанных с деятельностью по обязательному медицинскому страхованию;
- оплата средств на иные цели, не соответствующие условиям их предоставления.

В случае установления ТФОМС факта нецелевого использования средств ОМС, возврат средств, использованных не по целевому назначению, уплата штрафа и пени производится медицинской организацией в соответствии с требованиями части 9 статьи 39 Федерального закона в бюджет ТФОМС Липецкой области.

Расходы МО, связанные с возмещением средств, использованных не по целевому назначению, оплата штрафа и пени за счет средств ОМС не осуществляются.

Самостоятельный возврат СМО или МО до проведения проверки суммы нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования, не освобождает ее от уплаты штрафа. Пени в этом случае не начисляются.

Распределение затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, необходимо распределять между всеми источниками, формирующими доход учреждения от оказания медицинских услуг в соответствии с п. 208 раздела XII Правил 108н, и иным действующим законодательством.

Эффективным использованием средств ОМС является такое их использование медицинскими организациями, которое обеспечивает достижение заданных результатов с использованием наименьшего объема средств и (или) достижение наилучшего результата с использованием определенного объема средств ОМС.

Тарифы на оплату медицинской помощи по одним и тем же ее видам (одним и тем же медицинским услугам) являются едиными для всех медицинских организаций, включенных в один уровень оказания медицинской помощи, независимо от организационно-правовой формы.

Распределение медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи осуществляется Управлением здравоохранения Липецкой области.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются в соответствии с принятыми в территориальной программе ОМС 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 здравпунктов 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.

## **2.2. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях**

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), имеющих прикрепившихся лиц, оплата амбулаторной медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи в разрезе групп представлен в приложении № 1 к Тарифному соглашению.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц, оплата амбулаторной медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), за УЕТ в разрезе уровней оказания медицинской помощи представлен в приложении № 2 к Тарифному соглашению.

### 2.2.1. Порядок оплаты амбулаторной медицинской помощи

При оплате медицинской помощи, оказанной 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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

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

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

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

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

отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

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

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

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

Для медицинских организаций, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, единицей объема является:

комплексное посещение для проведения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, диспансерного наблюдения, медицинской реабилитации, школы сахарного диабета;

посещение с иными целями;

посещение в неотложной форме;

обращение в связи с заболеванием (законченный случай лечения);

условная единица трудоемкости (УЕТ) – для стоматологической медицинской помощи;

медицинская услуга.

По тарифу посещения с иными целями оплачиваются:

посещения для проведения второго этапа диспансеризации;

разовые посещения в связи с заболеваниями (в том числе работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием, в случае возложения на них отдельных функций лечащего врача);

посещения центров здоровья;

посещения центров амбулаторной онкологической помощи;

посещения в связи выдачей справок и иных медицинских документов и другими причинами.

Оплата осуществляется по соответствующим тарифам одного посещения с иными целями.

При оказании медицинской помощи по посещениям с иными целями прикрепленному населению, на оплату могут выставляться только следующие дополнительные медицинские услуги:

- медицинские услуги по проведению маммографии;

- медицинские услуги по проведению флюорографии легких;

- медицинские услуги по проведению перитонеального диализа, амбулаторного гемодиализа;

- медицинские услуги по проведению МРТ и КТ;

- медицинские услуги, оказываемые в кабинетах охраны зрения;

- вакцинация;

- прием в доврачебном кабинете;

- прием в смотровом кабинете;

- кардиотокография плода;

- медицинские услуги по проведению ультразвуковых исследований сердечно-сосудистой системы;

- медицинские услуги по проведению эндоскопических диагностических исследований;



- медицинские услуги по проведению молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала;

- медицинские услуги по проведению тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

Дополнительные медицинские услуги, показанные и проведенные по направлению лечащего врача при оказании медицинской помощи с иными целями иногородним гражданам и гражданам, не прикрепленным к медицинской организации, выставляются на оплату для осуществления межтерриториальных и межучрежденческих взаиморасчетов.

По тарифу обращения в связи с заболеванием оплачиваются:

1) два и более посещения пациента (в том числе работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием, в случае возложения на них отдельных функций лечащего врача):

- в поликлинике с лечебно-диагностической целью (в том числе женской консультации при постановке на учет по наблюдению за развитием беременности);

- в поликлинике с консультативной целью по поводу обследования при подозрении на заболевание, или для оценки динамики развития ранее установленного заболевания;

- на дому с лечебно-диагностической целью по поводу одного и того же заболевания;

2) случай оказания медицинской помощи на дому с последующими посещениями поликлиники по поводу одного и того же заболевания.

Стоимость лечения в реестре должна быть равна стоимости 1 обращения по соответствующему тарифу.

Расходы на проведение манипуляций, амбулаторных операций учтены в тарифе одного обращения по поводу заболевания и отдельно на оплату не выставляются.

При оказании медицинской помощи по обращениям по поводу заболевания пациенту, прикрепленному населению, на оплату могут выставляться только следующие дополнительные медицинские услуги:

- медицинские услуги по проведению маммографии;

- медицинские услуги по проведению флюорографии легких;

- медицинские услуги по проведению перитонеального диализа, амбулаторного гемодиализа;

- медицинские услуги по проведению МРТ и КТ;

- медицинские услуги для пульмонологического и ревматологического центров;

- медицинские услуги по спелевоздействию;

- медицинские услуги, оказываемые в кабинетах охраны зрения;

- медицинские услуги по проведению ультразвуковых исследований сердечно-сосудистой системы;

- медицинские услуги по проведению эндоскопических диагностических исследований;

- медицинские услуги по проведению молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала;

- медицинские услуги по проведению тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

Дополнительные медицинские услуги, показанные и проведенные по направлению лечащего врача при оказании медицинской помощи по обращениям по поводу заболевания иногородним гражданам и гражданам, не прикрепленным к медицинской организации, выставляются на оплату для осуществления межтерриториальных и межучрежденческих взаиморасчетов.

По тарифу посещения в неотложной форме оплачиваются:

- одно посещение пациента на дому (в том числе работниками, имеющими среднее медицинское образование, ведущими самостоятельный прием, в случае возложения на них отдельных функций лечащего врача);

- случаи оказания медицинской помощи в травматологических пунктах;

- случаи оказания медицинской помощи в приемном отделении стационарного звена медицинской организации без последующей госпитализации пациента;

- посещение поликлиники с лечебно-диагностической целью, завершившееся госпитализацией в стационар по экстренным показаниям.

При оказании неотложной медицинской помощи на оплату выставляются дополнительные медицинские услуги, показанные и проведенные по направлению лечащего врача.

Посещения в неотложной форме по видам и условиям оказания медицинской помощи не включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования оплате из средств ОМС не подлежат.

**2.2.1.1. Порядок оплаты медицинской помощи (медицинских услуг), оказанной в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи**

Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.

Подушевой норматив включает в себя финансовые средства на оказание первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также оплату медицинской помощи,

оказанной застрахованному прикрепленному населению в других МО, участвующих в подушевом финансировании по видам медицинской помощи, включенным в состав подушевых нормативов.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому) на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, в том числе в референс-центрах, проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, а так же расходы на проведение исследований на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов) в случаях, предусмотренных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов».

Не включаются в расчет подушевых нормативов расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала, на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средства на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, расходы на оплату посещений в неотложной форме, диализа в амбулаторных условиях, средства, направляемые на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи размерами финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, на финансовое обеспечение медицинской помощи сверх базовой программы ОМС (при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, профпатологии, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, паллиативной медицинской помощи населению в амбулаторных условиях без учета посещений на дому патронажными бригадами, при проведении патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии (кроме случаев смерти застрахованного лица при получении медицинской

помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в указанных медицинских организациях), расходы на финансирование амбулаторной медицинской помощи в МО, не имеющих прикрепившихся лиц, расходы на медицинскую помощь, оказанную в круглосуточных стационарах, дневных стационарах, скорую медицинскую помощь).

Прикрепление застрахованных граждан на медицинское обслуживание к медицинской организации осуществляется в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Информация о наименовании МО, к которой прикреплен гражданин, отражается в базе данных застрахованных.

Помимо медицинской помощи, оказываемой прикрепившимся лицам, медицинская организация может оказывать медицинские услуги и лицам, прикрепившимся к другим медицинским организациям.

В период наблюдения и лечения пациента в медицинской организации, к которой он прикреплен, лечащий врач по показаниям может направить пациента на консультацию к врачу-специалисту другой медицинской организации. В этом случае лечащий врач оформляет направление по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22.11.2004 № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг».

Ежемесячная сумма подушевого финансирования амбулаторной медицинской помощи рассчитывается ТФОМС Липецкой области и доводится до сведения СМО.

Размер финансового обеспечения по подушевому нормативу для каждой медицинской организации определяется исходя из численности прикрепившихся к ней лиц.

Финансирование амбулаторной медицинской помощи по утверждённым подушевым нормативам осуществляется СМО, в соответствии с заключенными с МО договорами, в следующем порядке:

- осуществляется авансирование МО;
- окончательный расчет производится ежемесячно, путем оплаты предъявленного счета (с приложением реестра счета) за медицинские услуги, оказанные прикрепленному и неприкрепленному к данной МО населению, с учетом выданных авансов. СМО осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную прикрепленному населению, за вычетом средств по межучрежденческим взаиморасчетам, в пределах размера финансового обеспечения по подушевому нормативу, с учетом выполнения показателей результативности деятельности медицинских организаций.

Счета за медицинские услуги, оказанные гражданам, неприкрепленным к данной поликлинике, оплачиваются СМО по тарифам, определенным для МО,

оказавшей медицинскую помощь, из финансового обеспечения по подушевому нормативу тех МО, к которым данные граждане прикреплены. В реестре счета за медицинские услуги, оказанные гражданам, неприкрепленным к данной медицинской организации, отражается, в том числе информация о направлениях от врачей других медицинских организаций, а также наименование медицинской организации, к которой прикреплен пациент. Оплата счетов, за медицинские услуги, оказанные неприкрепленному населению, осуществляется при наличии направления из МО. В случае отсутствия направления, оплата осуществляется после рассмотрения на комиссии СМО по осуществлению межучрежденческих расчетов в условиях финансирования по подушевым нормативам на прикрепленное застрахованное население в соответствии с Положением об экспертной комиссии, утвержденным приказом ТФОМС Липецкой области от 27.03.2009 № 60, из финансового обеспечения по подушевому нормативу тех поликлиник, к которым данные граждане прикреплены, с учетом мнения представителя МО, оказавшей медицинскую помощь. Межучрежденческие взаиморасчеты за медицинские услуги, оказанные неприкрепленному населению без направления лечащего врача, страховые медицинские организации могут осуществлять в пределах размера финансового обеспечения по подушевому нормативу без рассмотрения на комиссии, при условии согласия заинтересованных сторон. Оплата может производиться без запроса и экспертной оценки первичной медицинской документации, при условии согласия заинтересованных сторон. Факт согласия сторон оформляется в форме Акта.

Межучрежденческие взаиморасчеты осуществляют СМО в следующем порядке:

- в первую очередь, определяется сумма уменьшения подушевого финансирования каждой медицинской организации, для оплаты медицинской помощи (по видам, включенным в состав подушевых нормативов), оказанной в других МО, лицам, прикрепившимся к данной МО, что производится путем суммирования стоимости позиций реестров счетов других МО по пациентам, прикрепившимся к данной МО. В случае, если суммы подушевого финансирования медицинской организации не достаточно для оплаты медицинской помощи, оказанной прикрепившимся к ней лицам в других МО в полном объеме, стоимость всех вышеуказанных позиций реестров счетов пропорционально снижается до суммы подушевого финансирования МО, к которой прикреплены пациенты, получившие медицинскую помощь;

- затем определяется сумма средств за медицинские услуги, оказанные в данной МО населению, прикрепленному к другим МО, по соответствующим счетам. Сумма оплаты за медицинскую помощь, оказанную в данной МО населению, прикрепленному к другим МО может быть снижена с учетом указанных в предыдущем абзаце случаев (когда суммы подушевого финансирования другой МО не достаточно для оплаты медицинской помощи, оказанной прикрепившимся к ней лицам в других МО в полном объеме).

Контроль соответствия суммы выставленных на оплату счетов установленному размеру финансового обеспечения по подушевому нормативу осуществляют СМО.

Сумма остатка финансового обеспечения по подушевому нормативу определяется СМО для каждой МО путем исключения из общего размера финансового обеспечения по подушевому нормативу суммы средств, предназначенной для перечисления в другие МО в рамках межучережденческих взаиморасчетов.

Оставшиеся финансовые средства от установленного дифференцированного подушевого норматива направляются в соответствующие медицинские организации.

В случае превышения стоимости медицинской помощи по реестрам прикрепленного населения над размером остатка финансового обеспечения по подушевому нормативу, страховая медицинская организация производит оплату счетов за оказанную медицинскую помощь медицинским организациям в пределах суммы финансового обеспечения по подушевому нормативу.

Результаты проведенного СМО расчета сумм, подлежащих оплате ежемесячно документально оформляются, заверяются ответственным лицом и подписываются руководителем.

#### **2.2.1.2. Порядок оплаты медицинской помощи (медицинских услуг), оказанной в поликлиниках МО (структурных подразделениях МО), не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи**

Оплата амбулаторной медицинской помощи, оказанной в МО (структурных подразделениях МО), не имеющих прикрепившихся лиц осуществляется по утвержденной стоимости единиц объема медицинской помощи, стоимости соответствующих медицинских услуг.

Медицинская помощь, оказанная в данных медицинских организациях (структурных подразделениях) оплачивается СМО из средств, не включенных в сумму финансового обеспечения по подушевому нормативу.

Оплата производится страховыми медицинскими организациями в пределах объемов и стоимости медицинских услуг, установленных Заданиями, утверждаемыми для МО Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС.

#### **2.2.1.3. Порядок оплаты отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого–анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19))**

Оплата за проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого–анатомических исследований биопсийного (операционного) материала,

тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)) осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, из средств, не включенных в сумму финансового обеспечения по подушевому нормативу.

Оплата осуществляется по тарифам, установленным в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала) осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний.

В рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования и территориальных программ обязательного медицинского страхования осуществляется проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции, на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов), в случае:

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

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

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

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

Оплата медицинской помощи осуществляется в пределах объемов, установленных Решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

#### **2.2.1.4. Порядок финансирования фельдшерских здравпунктов, и фельдшерско-акушерских пунктов**

Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации на 2024 год определяется в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов», Постановления Правительства Липецкой области от 29.12.2023 № 836 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов».

Перечень фельдшерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов с указанием диапазона численности обслуживаемого населения, годового размера финансового обеспечения, а также информации о соответствии/несоответствии ФП, ФАП требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению представлен в приложении № 3 к Тарифному соглашению.

Размер финансового обеспечения медицинской организации, в составе которой имеются фельдшерские здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты, определяется исходя из подушевого норматива финансирования и количества лиц, прикрепленных к ней, а также расходов на фельдшерские здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты исходя из их количества в составе медицинской организации и установленного среднего размера их финансового обеспечения.

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

#### **2.2.1.5. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в центрах здоровья**

Медицинские организации, в составе которых созданы Центры здоровья, участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в части оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи в этих структурных подразделениях.

Единицей объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в Центре здоровья, является посещение гражданина, впервые обратившегося в отчетном году для проведения комплексного обследования.

Комплексное обследование в Центре здоровья взрослого гражданина проводится 1 раз в отчетном году в следующем обязательном объеме:

- 1) осмотр врача-терапевта, включая измерение роста и веса;
- 2) осмотр гигиениста стоматологического для диагностики заболеваний зубов и полости рта, оценка гигиены полости рта с



- рекомендациями по индивидуальному уходу, при необходимости проведение профилактических процедур;
- 3) тестирование на аппаратно-программном комплексе для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма;
  - 4) скрининг сердца компьютеризированный (экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей);
  - 5) ангиологический скрининг с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчетом плече-лодыжечного индекса;
  - 6) комплексная детальная оценка функций дыхательной системы;
  - 7) экспресс-анализ для определения общего холестерина;
  - 8) экспресс-анализ для определения глюкозы в крови;
  - 9) проверка остроты зрения.

На оплату предоставляется законченный случай посещения Центра здоровья с выполненным обязательным объемом медицинских услуг, перечисленным выше. Случай с невыполненным комплексом обязательных обследований считается незаконченным и оплате не подлежит.

При наличии показаний взрослым проводятся следующие обследования:

- 1) биоимпедансметрия внутренних сред организма;
- 2) пульсоксиметрия;
- 3) экспресс-исследование на содержание токсических веществ в биологических средах организма;
- 4) исследование содержания окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина;
- 5) определение котинина и других биологических маркеров в крови и моче;
- 6) экспресс-исследование на содержание алкоголя, никотина в биологических жидкостях;
- 7) тонометрия;
- 8) рефрактометрия (определение полей зрения);
- 9) занятие ЛФК;
- 10) занятие на кардиотренажере.

Комплексное обследование в Центре здоровья детей проводится 1 раз в отчетном году в следующем обязательном объеме:

1. осмотр врача-педиатра, включая измерение роста и веса;
2. осмотр гигиениста стоматологического для диагностики заболеваний зубов и полости рта, оценка гигиены полости рта с рекомендациями по индивидуальному уходу, при необходимости проведение профилактических процедур;
3. тестирование на аппаратно-программном комплексе для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма;
4. комплексная детальная оценка функций дыхательной системы;

## 5. экспресс-анализ для определения глюкозы в крови.

На оплату предоставляется законченный случай посещения Центра здоровья с выполненным обязательным объемом медицинских услуг, перечисленным выше. Случай с невыполненным комплексом обязательных обследований считается незаконченным и оплате не подлежит.

При наличии показаний детям проводятся следующие обследования:

- 1) осмотр психолога;
- 2) биоимпедансметрия внутренних сред организма;
- 3) пульсоксиметрия;
- 4) экспресс-исследование на содержание токсических веществ в биологических средах организма;
- 5) исследование содержания окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина;
- 6) определение котинина и других биологических маркеров в крови и моче;
- 7) экспресс-исследование на содержание алкоголя, никотина в биологических жидкостях;
- 8) тонометрия;
- 9) рефрактометрия (определение полей зрения);
- 10) скрининг сердца компьютеризированный;
- 11) ангиологический скрининг с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчетом плече-лодыжечного индекса;
- 12) экспресс-анализ для определения холестерина;
- 13) занятие ЛФК;
- 14) занятие на кардиотренажере.

Оплата медицинской помощи по проведению комплексного обследования впервые обратившихся граждан, а также граждан, обратившихся для динамического наблюдения, по рекомендации врача Центра здоровья, осуществляется из средств финансового обеспечения по подушевому нормативу медицинских организаций, чьи пациенты получили данную медицинскую помощь в Центрах здоровья.

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в Центрах здоровья гражданам, не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

### **2.2.1.6. Порядок оплаты медицинских услуг по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения**

Диспансеризация определенных групп взрослого населения (работающих граждан и неработающих граждан) проводится в соответствии с Приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н.

Диспансеризация проводится в два этапа.

Первый этап диспансеризации считаются завершенными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема первого этапа

диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

В случае выполнения в рамках 1 этапа диспансеризации менее 85% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, проведенная диспансеризация не подлежит оплате по тарифам диспансеризации, оплата таких услуг осуществляется по соответствующим тарифам на единицу объема (посещение, медицинская услуга).

Первый этап диспансеризации может проводиться мобильными медицинскими бригадами, осуществляющими свою деятельность в соответствии с правилами организации работы мобильных медицинских бригад, предусмотренными приложением № 8 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н.

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), выявленного на первом этапе.

В рамках второго этапа на оплату выставляются только те медицинские услуги, которые были фактически проведены пациенту.

Оплата медицинских услуг по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения осуществляется из средств, не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи.

#### **2.2.1.7. Порядок оплаты профилактических медицинских осмотров**

Профилактические медицинские осмотры проводятся в соответствии с Приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н.

Профилактические медицинские осмотры осуществляются взрослому населению (в возрасте 18 лет и старше).

Профилактические медицинские осмотры проводятся ежегодно:

- в качестве самостоятельного мероприятия;
- в рамках диспансеризации;
- в рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации)).

Профилактический медицинский осмотр считается выполненным в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или Центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии,

исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

В случае выполнения в рамках профилактического медицинского осмотра менее 85%, такие случаи не учитываются как проведенный профилактический осмотр и не подлежат оплате по тарифам на проведение профилактических медицинских осмотров, оплата таких услуг осуществляется по соответствующим тарифам на единицу объема (посещение, медицинская услуга).

Оплата медицинской помощи по проведению профилактических медицинских осмотров осуществляется из средств, не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи.

#### **2.2.1.8. Порядок оплаты медицинских услуг по проведению углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)**

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н, в дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации граждан, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства (далее - углубленная диспансеризация).

Углубленная диспансеризация также может быть проведена по инициативе гражданина, в отношении которого отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Проведение углубленной диспансеризации осуществляется вне зависимости от факта прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров или диспансеризации.

Углубленная диспансеризация проводится в два этапа.

Первый этап углубленной диспансеризации проводится в целях выявления у граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19, признаков развития хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания (состояния) на втором этапе диспансеризации и включает в себя:

- а) измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое;
- б) тест с 6-минутной ходьбой (при исходной сатурации кислорода крови 95 процентов и больше в сочетании с наличием у гражданина жалоб на одышку, отеки, которые появились впервые или повысилась их интенсивность);
- в) проведение спирометрии или спирографии;
- г) общий (клинический) анализ крови развернутый;

д) биохимический анализ крови (включая исследования уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови);

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

ж) проведение рентгенографии органов грудной клетки (если не выполнялась ранее в течение года);

з) прием (осмотр) врачом-терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики).

Второй этап диспансеризации проводится в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и включает в себя:

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

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

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

При оплате углубленной диспансеризации применяются следующие способы:

в рамках 1 этапа углубленной диспансеризации:

- за комплексное посещение, включающее измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая исследования уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови);

- за единицу объема медицинской помощи – медицинскую услугу при проведении теста с 6-минутной ходьбой (при исходной сатурации кислорода крови 95 процентов и больше в сочетании с наличием у гражданина жалоб на одышку, отеки, которые появились впервые или повысилась их интенсивность), определении концентрации Д-димера в крови у граждан, перенесших среднюю степень тяжести и выше новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

в рамках 2 этапа углубленной диспансеризации - за единицу объема медицинской помощи – медицинскую услугу.

Оплата за комплексное посещение, включающее измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая исследования уровня холестерина, уровня липопротеинов

низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови) осуществляется в случае выполнения 100% исследований и медицинских вмешательств, предусмотренных комплексным посещением. В случае, если отдельные исследования и/или медицинские вмешательства не были выполнены, оплата такого случая не осуществляется.

Оплата медицинской помощи по проведению углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) осуществляется из средств, не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи.

#### **2.2.1.9. Порядок оплаты диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации**

Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 № 72н.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, и осуществляется в отношении пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

На оплату в СМО предоставляется законченный случай проведения диспансеризации в случае выполнения установленного объема обследования не менее 100 %.

Незаконченные случаи диспансеризации не подлежат оплате по тарифам на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Оплата медицинской помощи по проведению диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации осуществляется из средств, не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи.

#### **2.2.1.10. Порядок оплаты диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью**

Диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.04.2022 г. № 275н.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, и осуществляется в отношении детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

На оплату в СМО предоставляется законченный случай проведения диспансеризации в случае выполнения установленного объема обследования не менее 100 %.

Незаконченные случаи диспансеризации не подлежат оплате по тарифам на проведение диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

Оплата медицинской помощи по проведению диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью осуществляется из средств не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи.

#### **2.2.1.11. Порядок оплаты профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних**

Медицинские осмотры несовершеннолетних осуществляются в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 10.08.2017 № 514н.

Профилактические осмотры проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних и их родителей или иных законных представителей.

Оплата реестров медицинской помощи по проведению профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних осуществляется из средств, не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи.

#### **2.2.1.12. Оплата диализа в амбулаторных условиях**

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

При оплате медицинской помощи, как одно обращение учитываются:

при проведении амбулаторного гемодиализа - лечение в течение одного месяца;

при перитонеальном диализе - ежедневные обмены с эффективным объемом диализата, в течение месяца.

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

На проведение услуг диализа установлены единые тарифы для всех медицинских организаций независимо от уровня оказания медицинской помощи.

Оплата осуществляется из средств, не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевым нормативам финансирования амбулаторной медицинской помощи.

#### **2.2.1.13. Оплата за проведение позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией**

В соответствии с Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» оплата за проведение позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (ПЭТ КТ) осуществляется в амбулаторных условиях.

#### **2.2.1.14. Оплата за проведение медицинской реабилитации в амбулаторных условиях**

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, исходя из установленных нормативов объема и финансовых затрат на единицу объема для медицинской реабилитации.

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

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях осуществляется дифференцированно, в зависимости от оценки состояния пациента по ШРМ (1–3 балла) и заболевания (профиля заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация.

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

Оплата осуществляется из средств, не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевым нормативам финансирования амбулаторной медицинской помощи.

#### **2.2.1.15. Оплата за проведение диспансерного наблюдения**

Диспансерное наблюдение проводится в порядке, утвержденном Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Оплата случаев диспансерного наблюдения осуществляется за комплексное



посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядком проведения диспансерного наблюдения, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья.

Оплате за комплексное посещение подлежат в том числе случаи проведения диспансерного наблюдения работающих застрахованных лиц по месту осуществления служебной деятельности в целях профилактики развития профессиональных заболеваний или осложнений, обострений ранее сформированных хронических неинфекционных заболеваний и случаи проведения диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме.

Тарифы на оплату диспансерного наблюдения установлены дифференцировано в зависимости от профиля врача, проводящего диспансерное наблюдение.

Оплата осуществляется из средств, не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевым нормативам финансирования медицинских организаций.

Оплата случаев диспансерного наблюдения детского населения, кроме случаев проведения диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, осуществляется из средств, включенных в расчет подушевых нормативов финансирования амбулаторной медицинской помощи, по тарифам посещения, обращения в связи с заболеванием для соответствующего профиля. Для медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц оплата таких случаев осуществляется за единицу объема (посещение, обращение).

#### **2.2.1.16. Оплата за проведение школы сахарного диабета**

В целях повышения эффективности расходования средств обязательного медицинского страхования оплата посещений школы сахарного диабета осуществляется из средств, включенных в расчет подушевых нормативов финансирования амбулаторной медицинской помощи. Единицей объема является комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля.

Тарифы на комплексное посещение в школе сахарного диабета установлены в зависимости от типа сахарного диабета, а так же возраста пациента.

Тариф на проведение комплексного посещения школы сахарного диабета в среднем включает:

- для взрослых с сахарным диабетом 1 типа – 5 занятий продолжительностью 4 часа, а также проверка дневников самоконтроля;
- для взрослых с сахарным диабетом 2 типа – 5 занятий продолжительностью 3 часа, а также проверка дневников самоконтроля;

- для детей и подростков с сахарным диабетом - 10 занятий продолжительностью 2 часа, а также проверка дневников самоконтроля.

### **2.2.1.17. Оплата за проведение диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин**

Для женщин и мужчин репродуктивного возраста поэтапно в зависимости от возрастных групп одновременно с прохождением профилактического осмотра или диспансеризации организуется проведение диспансеризации, направленной на оценку их репродуктивного здоровья, включающей исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно приложению № 6 к Постановлению Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов». При невозможности проведения всех исследований в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, для проведения указанных исследований медицинским работником медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, осуществляется забор материала для исследования и его направление в установленном порядке в иную медицинскую организацию. В случае отсутствия в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, врача акушера-гинеколога, врача-уролога (врача-хирурга, прошедшего подготовку по вопросам репродуктивного здоровья) данная медицинская организация привлекает к проведению диспансеризации соответствующих врачей иных медицинских организаций (в том числе на основе выездных форм их работы) с обязательным информированием гражданина о дате и времени работы этих врачей не менее чем за 3 рабочих дня до назначения даты приема (осмотра).

Диспансеризация взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья проводится в целях выявления у граждан признаков заболевания или состояний, которые могут негативно повлиять на беременность и последующее течение беременности, родов и послеродового периода, а также факторов риска их развития.

Диспансеризация проводится в 2 этапа.

Первый этап включает:

а) у женщин:

прием (осмотр) врачом акушером-гинекологом;

пальпацию молочных желез;

осмотр шейки матки в зеркалах с забором материала на исследование;

микроскопическое исследование влагалищных мазков;

цитологическое исследование мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала (за исключением случаев невозможности проведения исследования по медицинским показаниям в связи с экстирпацией матки, *virgo*). Цитологическое исследование мазка (соскоба) с шейки матки проводится при его окрашивании по Папаниколау (другие способы окраски не допускаются);

у женщин в возрасте 18-29 лет – проведение лабораторных исследований мазков в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции;

б) у мужчин:

прием (осмотр) врачом-урологом (при его отсутствии врачом-хирургом, прошедшим подготовку по вопросам репродуктивного здоровья у мужчин).

Второй этап проводится по результатам первого этапа в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и при наличии показаний включает:

а) у женщин:

в возрасте 30-49 лет проведение лабораторных исследований мазков в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции;

ультразвуковое исследование молочных желез;

повторный прием (осмотр) врачом акушером-гинекологом;

б) у мужчин:

спермограмму;

микроскопическое исследование микрофлоры или проведение лабораторных исследований в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции;

ультразвуковое исследование предстательной железы и органов мошонки;

повторный прием (осмотр) врачом-урологом (при его отсутствии врачом-хирургом, прошедшим подготовку по вопросам репродуктивного здоровья у мужчин)

На оплату в СМО предоставляется законченный случай проведения диспансеризации в случае выполнения предусмотренного на 1 этапе объема обследований не менее 100 %.

Оплата осуществляется из средств, не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевым нормативам финансирования амбулаторной медицинской помощи.

## **2.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в круглосуточных стационарах**

Перечень стационаров медицинских организаций в разрезе уровней оказания медицинской помощи представлен в приложении № 4 к Тарифному соглашению.

### **2.3.1. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в круглосуточных стационарах**

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

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

за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по

медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 7 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2023 года № 2353, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

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

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

- услуг диализа, включающих различные методы.

В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи с применением метода лечения, включенного в Перечень видов ВМП, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, либо после оказания высокотехнологичной медицинской помощи определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения как для специализированной, так и для высокотехнологичной медицинской помощи, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

Медицинская помощь в неотложной и экстренной формах, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, может быть предоставлена родителям (законным

представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, при оказании детям специализированной либо высокотехнологичной медицинской помощи и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, в соответствии с установленными способами оплаты.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ–10, модели пациента, вида и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и плановый период 2025 и 2026 годов, в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи.

Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и плановый период 2025 и 2026 годов.

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.

Высокотехнологичная медицинская помощь, оказывается в медицинских организациях Липецкой области, медицинских организациях других субъектов РФ.

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях других субъектов РФ, осуществляется в рамках межтерриториальных взаиморасчетов в соответствии с Правилами.

В случае, если во время оказания высокотехнологичной медицинской помощи пациенту проводились услуги диализа, оплата таких услуг осуществляется по соответствующим тарифам дифференцированным в зависимости от метода проведения диализа.

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

- а. Диагноз (код по МКБ 10);
- б. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);

- с. Схема лекарственной терапии;
- d. МНН лекарственного препарата;
- е. Возрастная категория пациента;
- f. Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ 10);
- g. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации; индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);
- h. Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);
- i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- j. Пол;
- к. Длительность лечения;
- l. Этап лечения, в том числе, долечивание пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19, посттрансплантационный период после пересадки костного мозга;
- m. Показания к применению лекарственного препарата;
- n. Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;
- o. Степень тяжести заболевания;
- р. Сочетание нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия (например, сочетание оценки состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации с назначением ботулинического токсина).

Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ 10, являющийся основным поводом к госпитализации. Исключением являются случаи, осложненные сепсисом и фебрильной нейтропенией.

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

Порядок группировки случаев, правила учета дополнительных классификационных критериев, подробный алгоритм отнесения случаев лечения к конкретным КСГ, правила применения поправочных коэффициентов, особенности формирования отдельных КСГ, подходы к оплате отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ, определены Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

Оплата медицинской помощи, оказанной в круглосуточном стационаре производится страховыми медицинскими организациями в пределах объемов и стоимости медицинских услуг, установленных Заданиями, утверждаемыми для МО Комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

## **2.4. Оплата медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах**

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в дневных стационарах в разрезе уровней оказания медицинской помощи представлен в приложении № 5 к Тарифному соглашению.

### **2.4.1. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах**

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

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

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением № 7 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2023 года № 2353, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

Оплата за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, по КСГ

осуществляется во всех страховых случаях, за исключением услуг диализа, включающих различные методы.

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

- a. Диагноз (код по МКБ 10);
- b. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой, а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий));
- c. Схема лекарственной терапии;
- d. МНН лекарственного препарата;
- e. Возрастная категория пациента;
- f. Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ 10);
- g. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации; индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);
- h. Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);
- i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- j. Пол;
- k. Длительность лечения;
- l. Этап лечения, в том числе этап проведения экстракорпорального оплодотворения, долечивание пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19, посттрансплантационный период после пересадки костного мозга;
- m. Показания к применению лекарственного препарата;
- n. Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;
- o. Степень тяжести заболевания;
- p. Сочетание нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия (например, сочетание оценки состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации с назначением ботулинического токсина).

Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ 10, являющийся основным поводом к госпитализации. Исключением являются случаи, осложненные сепсисом и фебрильной нейтропенией.

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



Порядок группировки случаев, правила учета дополнительных классификационных критериев, подробный алгоритм отнесения случаев лечения к конкретным КСГ, правила применения поправочных коэффициентов, особенности формирования отдельных КСГ, подходы к оплате отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ определены Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

Оплата производится страховыми медицинскими организациями в пределах объемов и стоимости медицинских услуг, установленных Заданиями, утверждаемыми для МО Комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

## **2.5. Оплата скорой медицинской помощи**

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь в разрезе групп представлен в приложении № 6 к Тарифному соглашению.

### **2.5.1. Порядок оплаты медицинских услуг скорой медицинской помощи**

Оплата скорой медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, 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;

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

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, в том числе на оплату за вызовы скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии.

Не включаются в подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи:

- расходы, направляемые на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами Липецкой области;

- расходы, направляемые на оплату скорой медицинской помощи больным психоневрологического профиля.

Оплата скорой медицинской помощи сверх базовой программы ОМС (больным психоневрологического профиля) осуществляется за вызов скорой медицинской помощи из средств, переданных в составе межбюджетных трансфертов из областного бюджета на эти цели, в пределах объемов и стоимости оказанных медицинских услуг в соответствии с утвержденным в установленном порядке заданием.

Формирование реестров по скорой медицинской помощи производится по тарифам 1 вызова скорой медицинской помощи для врачебных и фельдшерских бригад, принятым на территории Липецкой области.

Формирование реестров по скорой медицинской помощи сверх базовой программы ОМС производится по тарифам 1 вызова скорой медицинской помощи психоневрологического профиля, принятым на территории Липецкой области.

В ТФОМС Липецкой области предоставляется информация об оказанной медицинской помощи по неидентифицированным пациентам по базе застрахованных на территории Липецкой области в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным.

При предоставлении информации об оказанной медицинской помощи в ТФОМС Липецкой области случаи по неидентифицированным пациентам должны представляться отдельным реестром (списком). После получения информации, ТФОМС Липецкой области производит идентификацию данных случаев в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования и направляет сведения для оплаты в СМО.

Оказание скорой медицинской помощи без выезда бригады по месту жительства пациента в случае самообращения на станцию скорой медицинской помощи осуществляется врачом или фельдшером скорой медицинской помощи.

Представление к оплате медицинской помощи, оказанной на станции скорой помощи без выезда бригады при самообращении пациента производится по соответствующим тарифам.

Финансирование дежурства бригад скорой помощи во время проведения массовых мероприятий не подлежит оплате из средств обязательного медицинского страхования.

Ежемесячная сумма финансирования скорой медицинской помощи рассчитывается ТФОМС Липецкой области и доводится до сведения СМО.

Финансирование скорой медицинской помощи по утвержденным подушевым нормативам осуществляется СМО, в соответствии с заключенными с МО договорами, в следующем порядке:

- осуществляется авансирование МО;
- окончательный расчет производится ежемесячно путем оплаты предъявленного счета (с приложением реестра счета) за медицинские услуги оказанные прикрепленному и некрепленному к данной МО населению, с учетом выданных авансов. СМО в свою очередь осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную прикрепленному населению, за вычетом средств по межучрежденческим взаиморасчетам, в пределах размера финансового обеспечения по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи.

Счета за медицинские услуги, оказанные гражданам, неприкрепленным к данной МО, оплачиваются СМО по тарифам, определенным для МО, оказавшей медицинскую помощь, из финансового обеспечения по подушевому нормативу тех МО, к которым данные граждане прикреплены. В реестре счета за медицинские услуги, оказанные гражданам, неприкрепленным к данной медицинской организации, отражается, в том числе информация о наименовании медицинской организации, к которой прикреплен пациент.

Межучрежденческие взаиморасчеты осуществляют СМО в следующем порядке:

- в первую очередь, определяется сумма уменьшения финансового обеспечения по подушевому нормативу каждой медицинской организации, в счет оплаты медицинской помощи оказанной прикрепленному к ней населению в других МО, что производится путем суммирования стоимости позиций реестров счетов других МО по пациентам, прикрепившимся к данной МО. В случае, если суммы подушевого финансирования медицинской организации не достаточно для оплаты медицинской помощи, оказанной прикрепившимся к ней лицам в других МО в полном объеме, стоимость всех вышеуказанных позиций реестров счетов пропорционально снижается до суммы подушевого финансирования МО, к которой прикреплены пациенты, получившие медицинскую помощь.

- затем определяется сумма средств за медицинские услуги, оказанные в данной МО населению, прикрепленному к другим МО, по соответствующим счетам. Сумма оплаты за медицинскую помощь, оказанную в данной МО населению, прикрепленному к другим МО может быть снижена с учетом указанных в предыдущем абзаце случаев (когда суммы подушевого финансирования другой МО не достаточно для оплаты медицинской помощи, оказанной прикрепившимся к ней лицам в других МО в полном объеме).

Контроль соответствия суммы выставленных на оплату счетов установленному размеру финансового обеспечения по подушевому нормативу осуществляют СМО.

Сумма остатка финансового обеспечения по подушевому нормативу определяется СМО для каждой МО путем исключения из общего размера финансового обеспечения по подушевому нормативу суммы средств, предназначенной для перечисления в другие МО в рамках межучрежденческих взаиморасчетов.

Оставшиеся финансовые средства от установленного дифференцированного подушевого норматива направляются в соответствующие медицинские организации.

В случае превышения стоимости медицинской помощи по реестрам прикрепленного населения над размером остатка финансового обеспечения по подушевому нормативу, страховая медицинская организация производит оплату счетов за оказанную медицинскую помощь медицинским организациям в пределах суммы финансового обеспечения по подушевому нормативу.

Результаты проведенного СМО расчета сумм, подлежащих оплате ежемесячно документально оформляются, заверяются ответственным лицом и подписываются руководителем.

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

Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определены в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XII Правил.

Тарифы, установленные Тарифным Соглашением, применяются, в том числе для осуществления межтерриториальных взаиморасчетов.

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) равен 1 и применяется на всей территории Липецкой области.

Тарифы на медицинские услуги по проведению гемодиализа и перитонеального диализа в амбулаторных условиях, стационарных условиях и в условиях дневного стационара представлены в приложении № 21 к Тарифному соглашению.

#### 3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

Коэффициенты, применяемые при расчете подушевых нормативов амбулаторной медицинской помощи, а так же фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования в разрезе медицинских организаций представлены в приложении № 7 к Тарифному соглашению.

Базовые нормативы финансовых затрат на единицу объема на 2024 год:

Вид медицинской помощи	Единица объема	Базовый норматив финансовых затрат на единицу объема, рублей.
Медицинская помощь в амбулаторных условиях, в том числе:	х	х
с профилактической и иными целями, в том числе:	посещение /комплексное посещение	892,60
- для проведения профилактических медицинских осмотров	комплексное посещение	2 240,20
- для проведения диспансеризации - всего	комплексное посещение	2 735,20

- в том числе для проведения углубленной диспансеризации	комплексное посещение	1 177,40
- с иными целями	посещение	397,80
в неотложной форме	посещение	836,30
в связи с заболеваниями – обращений всего:	обращение	1 868,50
- компьютерная томография	исследование	2 923,70
- магнитно-резонансная томография	исследование	3 992,20
- ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы	исследование	590,40
- эндоскопическое диагностическое исследование	исследование	1 082,60
- молекулярно-генетические исследования с целью диагностики онкологических заболеваний	исследование	9 091,40
- патолого–анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии	исследование	2 242,10
- тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции COVID-19	исследование	434,00
диспансерное наблюдение, в том числе по поводу:	комплексное посещение	2 229,90
онкологических заболеваний	комплексное посещение	3 142,30
сахарного диабета	комплексное посещение	1 186,40
болезней системы кровообращения	комплексное посещение	2 638,10
медицинская реабилитация в амбулаторных условиях	комплексное посещение	21 618,90

3.1.1. Размер среднего подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях на 2024 год составляет 6 966,68 рублей.

3.1.2. Размер базового подушевого норматива финансирования медицинских организаций на 2024 год –1 910,83 рублей.

3.1.3. Половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения на 2024 год:

Пол	Возраст, лет				
	До 1 года	1 год - 4 года	5 - 17 лет	18-64 года	65 и старше
	половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения (КД)				
Мужчины	3,016	1,924	1,061	0,665	1,600

Женщины	2,864	1,807	1,114	1,039	1,600
---------	-------	-------	-------	-------	-------

3.1.4. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, применяемых при осуществлении выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, критерии их оценки, размер и порядок осуществления выплат за их выполнение.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций (далее – показатели результативности деятельности) приведен в таблице.

№	Наименование показателя	Предположи- тельный результат	Индикаторы выполнения показателя ***	Мак с. бал л
<b>Взрослое население (в возрасте 18 лет и старше)</b>				<b>19</b>
<b>Оценка эффективности профилактических мероприятий</b>				
1	Доля врачебных посещений с профилактической целью за период, от общего числа посещений за период (включая посещения на дому).	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 3% - 0 баллов; Прирост ≥ 3% - 0,5 балла; Прирост ≥ 7% - 1 балл; Значение показателя в текущем периоде выше среднего значения по Липецкой области**** в текущем периоде (далее – выше среднего) - 0,5 балла; В текущем периоде достигнуто максимально возможное значение показателя (далее – максимально возможное значение) - 1 балл	1
2	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 1 балл; Прирост ≥ 10 % - 2 балла; Выше среднего - 1 балл; Максимально возможное значение - 2 балла	2

3	Доля взрослых с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл; Выше среднего – 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл	1
4	Доля взрослых с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл; Выше среднего – 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл	1
5	Доля взрослых с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл; Выше среднего – 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл	1
6	Выполнение плана вакцинации взрослых граждан по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19).	Достижение планового показателя (выполнение плана вакцинации от количества прикрепившихся лиц в возрасте 18 лет и старше - при первичной вакцинации - 25 % - при вторичной вакцинации - 60 %)	100 % плана или более – 2 балла; Выше среднего – 1 балл	2
<b>Оценка эффективности диспансерного наблюдения</b>				

7	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 3% - 0 баллов; Прирост ≥ 3% - 1 балл; Прирост ≥ 7% - 2 балла; Выше среднего – 1 балл; Максимально возможное значение - 2 балла	2
8	Число взрослых с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в экстренной и неотложной форме от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 5 % - 0 баллов; Уменьшение ≥ 5 % - 0,5 балла; Уменьшение ≥ 10 % - 1 балл; Значение показателя в текущем периоде ниже среднего значения по Липецкой области**** в текущем периоде (далее – ниже среднего) - 0,5 балла; В текущем периоде достигнуто минимально возможное значение показателя (далее – минимально возможное значение) - 1 балл	1
9	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период.	Достижение планового показателя (90 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте 18 лет и старше)	100 % плана или более – 1 балл; Выше среднего – 0,5 балла	1
10	Доля взрослых с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая	Достижение планового показателя (100 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте	100 % плана или более – 1 балл; Выше среднего – 0,5 балла	1



	обструктивная болезнь легких за период.	18 лет и старше)		
11	Доля взрослых с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.	Достижение планового показателя (100 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте 18 лет и старше)	100 % плана или более – 2 балла; Выше среднего – 1 балл	2
12	Доля взрослых, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 5 % - 0 баллов; Уменьшение ≥ 5 % - 0,5 балла; Уменьшение ≥ 10 % - 1 балл; Ниже среднего - 0,5 балла; Минимально возможное значение - 1 балл	1
13	Доля взрослых, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 3% - 0 баллов; Уменьшение ≥ 3% - 1 балл; Уменьшение ≥ 7% - 2 балла; Ниже среднего - 1 балл; Минимально возможное значение - 2 балла	2
14	Доля взрослых, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 5 % - 0 баллов; Уменьшение ≥ 5 % - 0,5 балла; Уменьшение ≥ 10 % - 1 балл; Ниже среднего - 0,5 балла; Минимально возможное значение - 1 балл	1
<b>Детское население (от 0 до 17 лет включительно)</b>				<b>7</b>
<b>Оценка эффективности профилактических мероприятий</b>				

15	Охват вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок.	Достижение планового показателя (95 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте от 0 до 17 лет включительно)	100 % плана или более – 1 балл; Выше среднего – 0,5 балла	1
16	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период.	Достижение планового показателя (80 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте от 0 до 17 лет включительно)	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению – 1 балл; Выше среднего – 0,5 балла	1
17	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период.	Достижение планового показателя (80 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте от 0 до 17 лет включительно)	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению – 1 балл; Выше среднего – 0,5 балла	1
18	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период.	Достижение планового показателя (85 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте от 0 до 17 лет включительно)	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению – 1 балл; Выше среднего – 0,5 балла	1
19	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней системы кровообращения за период от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения за период.	Достижение планового показателя (85 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте от 0 до 17 лет включительно)	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению – 2 балла; Выше среднего – 1 балл	2
20	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и	Достижение планового показателя (85 % от количества прикрепившихся лиц в возрасте от 0 до 17 лет включительно)	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению – 1 балл; Выше среднего – 0,5 балла	1

	нарушения обмена веществ за период.			
<b>Оказание акушерско-гинекологической помощи</b>				<b>6</b>
<b>Оценка эффективности профилактических мероприятий</b>				
21	Доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл Выше среднего – 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл	1
22	Доля беременных женщин, вакцинированных от новой коронавирусной инфекции (COVID-19), за период, от числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода.	Достижение планового показателя (50 % от числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода)	100 % плана или более – 1 балл; Выше среднего – 0,5 балла	1
23	Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл Выше среднего – 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл	1
24	Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл Выше среднего – 0,5 балла; Максимально возможное значение -	1

			1 балл	
25	Доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период.	Достижение планового показателя (98 % от общего числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам за период)	100 % плана или более – 2 балла; Выше среднего – 1 балл	2

\* по набору кодов Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10)

\*\*\* выполненным считается показатель со значением 0,5 и более баллов. В случае, если медицинская организация удовлетворяет нескольким критериям для начисления баллов – присваивается максимальный из возможных для начисления балл. В случае, если значение, указанное в знаменателе соответствующих формул, приведенных в Приложении № 25 к Тарифному соглашению (в соответствии с Методическими рекомендациям Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования»), равняется нулю, баллы по показателю не начисляются, а указанный показатель исключается из числа применяемых показателей при расчете доли достигнутых показателей результативности для медицинской организации за период.

\*\*\*\* среднее значение по показателям рассчитывается, на основании сведений об оказании медицинской помощи медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, путем деления суммы значений, указанных в числителе соответствующих формул, приведенных в Приложении № 25 к Тарифному соглашению (в соответствии с Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования»), на сумму значений, указанных в знаменателе соответствующих формул, приведенных в Приложении № 25 к Тарифному соглашению (в соответствии с Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования»). Полученное значение умножается на 100 по аналогии с алгоритмом, описанным в Приложении № 25 к Тарифному соглашению (в соответствии с Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования»)

Минимально возможным значением показателя является значение «0». Максимально возможным значением показателя «100 процентов».

К группам диагнозов, обуславливающих высокий риск смерти, относится любое сочетание сопутствующих заболеваний и осложнений с основным диагнозом, указанных в таблице:

Основной диагноз	Сопутствующие заболевания	Осложнение заболевания
------------------	---------------------------	------------------------

Основной диагноз	Сопутствующие заболевания	Осложнение заболевания
Ишемические болезни сердца I20 - I25 Гипертензивные болезни I10 - I11; I12 - I13 Цереброваскулярные болезни I60 - I69	Сахарный диабет E10 - E11 Хроническая обструктивная легочная болезнь J44.0 - J44.9 Хроническая болезнь почек, гипертензивная болезнь с поражением почек N18.1 - N18.9	Недостаточность сердечная I50.0 - I50.9 Нарушение ритма I48 - 49 Нарушения проводимости I44 - I45 Сердце легочное хроническое I27.9 Гипостатическая пневмония J18.2 Недостаточность почечная N18.9 Уремия N19 Гангрена R02 Недостаточность легочная J98.4 Эмфизема J43.9

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

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

Оценка показателей, входящих в 1 блок (взрослое население) осуществляется в медицинских организациях, для которых Комиссией по разработке территориальной программы ОМС распределены объемы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях взрослому населению.

Оценка показателей, входящих во 2 блок (детское население) осуществляется в медицинских организациях, для которых Комиссией по разработке территориальной программы ОМС распределены объемы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях детскому населению.

Оценка показателей, входящих в 3 блок (оказание акушерско-гинекологической помощи) осуществляется в медицинских организациях, для которых Комиссией по разработке территориальной программы ОМС распределены объемы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю акушерство-гинекология.

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

- 19 баллов для показателей блока 1;
- 7 баллов для показателей блока 2;
- 6 баллов для показателей блока 3.

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

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

Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций определен приложением № 25 к Тарифному соглашению (в соответствии с Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования»).

Оценка достижения значений показателей результативности деятельности медицинских организаций оформляется решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС, которое доводится до сведения медицинских организаций не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности, складывается из двух частей:

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

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

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

где:

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

$ОС_{РД}^j$  – совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

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

В качестве численности прикрепленного населения к конкретной медицинской организации рекомендуется использовать среднюю численность за период.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию II и III групп за j-тый период при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности ( $ОС_{РД(нас)}^j$ ), рассчитывается следующим образом:

$$ОС_{РД(нас)}^j_i = ОС_{РД(нас)}^j \times \text{Числ}_i^j,$$

где

$\text{Числ}_i^j$  – численность прикрепленного населения в j-м периоде к i-той медицинской организации II и III групп.

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

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

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

где:

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

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

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

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

$$OC_{RD(балл)}^j_i = OC_{RD(балл)}^j \times Балл^j_i,$$

где:

$Балл^j_i$  количество баллов, набранных в j-м периоде i-той медицинской организацией III группы.

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

Осуществление выплат стимулирующего характера медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, производится в полном объеме при условии снижения показателей смертности прикрепленного к ней населения в возрасте от 30 до 69 лет (за исключением смертности от внешних причин) и (или) смертности детей в возрасте 0-17 лет (за исключением смертности от внешних причин) (далее – показатели смертности прикрепленного населения (взрослого и детского), а также фактического выполнения не менее 90 процентов установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно).

Показатель смертности взрослого населения рассчитывается на 1000 прикрепленного населения в возрасте от 30 до 69 лет, показатель смертности детей – на 100 тысяч прикрепленных детей в возрасте 0-17 лет.

Если в предшествующем и текущем периодах показатель смертности взрослого населения и (или) детей равен 0, выплаты стимулирующего характера производятся без учета данного показателя.

При анализе фактического выполнения установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС объемов предоставления медицинской помощи учитывается средний процент выполнения объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, и по поводу заболеваний.

В случае, если достигнуто снижение показателей смертности взрослого населения и (или) детей, а выполнение медицинской организацией указанных объемов медицинской помощи составило менее 90 процентов, при расчете размера выплат стимулирующего характера применяется понижающий коэффициент 0,9.

В случае, если не достигнуто снижение показателей смертности взрослого населения и (или) детей, а выполнение медицинской организацией указанных объемов медицинской помощи составило 90 процентов и более, при расчете размера выплат стимулирующего характера применяется понижающий коэффициент 0,9.

В случае, если не достигнуто снижение показателей смертности взрослого населения и (или) детей и выполнение медицинской организацией указанных объемов медицинской помощи составило менее 90 процентов, к сумме стимулирующих выплат применяется понижающий коэффициент 0,85.»

Размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности составляет 5% от базового норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций осуществляется Комиссией по разработке территориальной программы ОМС ежеквартально (по итогам работы за 1 квартал текущего года, за период декабрь предыдущего года – май текущего года (включительно), за период декабрь предыдущего года – август текущего года (включительно), за период декабрь предыдущего года - ноябрь текущего года (включительно).

Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности осуществляется по итогам года. При этом выплаты по итогам года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года - ноябрь текущего года (включительно) и включаются в счет за ноябрь.

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

3.1.5. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай)), мероприятий, по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан на 2024 год:

3.1.5.1. Тарифы на оплату посещений, обращений (кроме консультативного приема):



Наименование специальности	Посещение с иными целями, рублей	Посещение в неотложной форме, рублей	Обращение в связи с заболеванием, рублей
Взрослая сеть			
Базовая программа ОМС			
Терапия	216,89	908,40	1 008,57
Кардиология*	246,96		1 294,95
Ревматология*	246,96		1 294,95
Гастроэнтерология	216,89		1 008,57
Аллергология	410,92		1 805,47
Неврология	257,31		1 270,04
Нефрология	216,89		1 008,57
Гематология	216,89		1 008,57
Гериатрия	216,89	908,40	1 008,57
Нейрохирургия	231,06		1 170,45
Инфекционные болезни*	325,62		1 307,41
Эндокринология*	446,22		1 892,63
Хирургия	231,06		1 170,45
Урология	186,97		821,79
Травматология	231,06		1 170,45
Акушерство-гинекология	302,77		1 929,97
Оториноларингология	180,07		1 245,15
Офтальмология	154,36		983,66
Колопроктология	231,06		1 170,45
Пульмонология	216,89		1 008,57
Дерматология*	186,31		1 319,85
Общая врачебная практика	238,57	999,24	1 109,41
Онкология*	209,95		976,29
Лечебная физкультура*	206,04		
Посещение в неотложной форме в приемном отделении без последующей госпитализации		779,62	
Медицинская помощь в травматологическом пункте		1 475,59	
Медицинская помощь оказанная средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный амбулаторный прием	173,52	726,72	806,86
Сверх базовой программы ОМС			
Психиатрия	964,45	0,00	
Наркология*	423,89	0,00	
Психотерапия	521,32	0,00	
Профпатология	486,27	0,00	
Венерология*	511,12	0,00	1 323,93
Фтизиатрия*	784,38	0,00	
Посещение при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому (за	506,40		

исключением посещений на дому выездными патронажными бригадами)*			
*тарифы применяются независимо от возраста пациента			
Детская сеть			
Базовая программа ОМС			
Педиатрия	327,09	1 374,97	1 556,44
Гастроэнтерология	327,09		1 556,44
Аллергология	431,46		1 895,74
Неврология	270,18		1 333,55
Гематология	327,09		1 556,44
Нефрология	327,09		1 556,44
Хирургия	242,62		1 228,97
Травматология	242,62		1 228,97
Акушерство-гинекология	317,90		2 026,49
Оториноларингология	189,08		1 307,41
Офтальмология	162,09		1 032,84
Урология	242,62		1 228,97
Общая врачебная практика	250,52	1 053,05	1 164,91
Медицинская помощь оказанная средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный амбулаторный прием	182,19	763,06	847,20
Посещение в неотложной форме в приемном отделении без последующей госпитализации		779,62	
Сверх базовой программы ОМС			
Психиатрия	1 012,70		

При оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами к тарифам применяется повышающий коэффициент 1,2

3.1.5.2. Тариф 1 УЕТ по стоматологии – 117,69 рублей.

3.1.5.2.1. Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях представлен в приложении № 8 к Тарифному соглашению.

3.1.5.3. Тарифы на отдельные медицинские услуги:

3.1.5.3.1. Тарифы на отдельные медицинские услуги, применяемые при оплате амбулаторной медицинской помощи, в том числе для проведения межучрежденческих расчетов представлены в приложении № 9 к Тарифному соглашению.

3.1.5.3.2. Тарифы на медицинские услуги, финансирование которых осуществляется в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленными Территориальной программой ОМС из средств, не входящих в расчет подушевых нормативов представлены в приложении № 10 к Тарифному соглашению.

3.1.5.3.3. Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения представлены в приложении № 11 к Тарифному соглашению.

3.1.5.3.4. Тарифы на медицинские услуги по проведению углубленной диспансеризации определенных групп взрослого населения гражданам, переболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) представлены в приложении № 12 к Тарифному соглашению.

3.1.5.3.5. Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации представлены в приложении № 13 к Тарифному соглашению.

3.1.5.3.6. Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью представлены в приложении № 14 к Тарифному соглашению.

3.1.5.3.7. Тарифы на медицинские услуги по проведению профилактических медицинских осмотров несовершеннолетним представлены в приложении № 15 к Тарифному соглашению.

3.1.5.3.8. Тарифы на медицинские услуги по проведению профилактических медицинских осмотров взрослому населению представлены в приложении № 16 к Тарифному соглашению.

3.1.5.3.9. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в центрах здоровья представлены в приложении № 17 к Тарифному соглашению.

3.1.5.3.10. Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин представлены в приложении № 18 к Тарифному соглашению.

3.1.5.3.11. Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансерного наблюдения представлены в приложении № 19 к Тарифному соглашению.

3.1.5.3.12. Тарифы на медицинские услуги по проведению медицинской реабилитации в амбулаторных условиях представлены в приложении № 20 к Тарифному соглашению.

3.1.6. Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций на 2024 год:

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, - 1 230,5 тыс. рублей,

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, - 2 460,9 тыс. рублей,

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, - 2 907,1 тыс. рублей.

Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов обслуживающий до 100 жителей, согласно Методическим рекомендациям по способам оплаты, рассчитан с применением коэффициента уровня 0,72 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей и составил 885,96 тыс. рублей.

Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих от 2000 и более жителей согласно Методическим рекомендациям по способам оплаты, рассчитан с применением коэффициента уровня 1,42 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей и составил 4 128,08 тыс. рублей.

Финансирование фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов осуществляется по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации, из средств, не включенных в сумму финансового обеспечения по подушевому нормативу.

Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, применяемые к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающие критерии соответствия их требованиям, установленным Приказом № 543н, а также повышающие коэффициенты, учитывающие проведение санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортот и инфекций, передаваемых половым путем фельдшером или медицинской сестрой при отсутствии акушеров представлены в приложении № 3 к Тарифному соглашению.

### **3.2. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях**

3.2.1. Средний размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Липецкой области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в круглосуточных стационарах, установленных Территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2024 год составляет 7 120,27 рублей.

3.2.2. Перечень клинико-статистических групп заболеваний, с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ представлен в приложении № 22 к Тарифному соглашению.

3.2.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка по круглосуточным стационарам):

На 2024 год размер средней стоимости законченного случая лечения по круглосуточному стационару установлен в сумме 28 005,25 рублей.

3.2.4. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ.

3.2.4.1. Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в круглосуточных стационарах (КУС<sub>МО</sub>):

Уровень/Подуровень оказания медицинской помощи	Коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи
1 уровень	0,90

2 уровень	
Подуровень 2.1.	0,91
Подуровень 2.2.	0,94
Подуровень 2.3.	0,96
3 уровень	
Подуровень 3.1.	1,10
Подуровень 3.2.	1,31

Перечень КСГ, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня  
(подуровня) медицинской организации

№ КСГ	Наименование КСГ
st01.001	Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода
st02.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом
st02.006	Послеродовой сепсис
st02.012	Операции на женских половых органах (уровень 3)
st03.002	Ангионевротический отек, анафилактический шок
st04.001	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
st09.003	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)
st09.004	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)
st09.008	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)
st09.009	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)
st09.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)
st10.003	Аппендэктомия, дети
st10.005	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)
st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
st15.005	Эпилепсия, судороги (уровень 1)
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)
st16.003	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии
st16.005	Сотрясение головного мозга
st16.010	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)
st16.011	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)
st20.008	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
st20.009	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st21.009	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
st27.001	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
st27.003	Болезни желчного пузыря
st27.005	Гипертоническая болезнь в стадии обострения
st27.006	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)

st27.010	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
st28.004	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)
st28.005	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)
st29.002	Переломы шейки бедра и костей таза
st29.003	Переломы бедренной кости, другие травмы области бедра и тазобедренного сустава
st29.004	Переломы, вывихи, растяжения области грудной клетки, верхней конечности и стопы
st29.005	Переломы, вывихи, растяжения области колена и голени
st29.012	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)
st29.013	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)
st30.004	Болезни предстательной железы
st30.008	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)
st30.009	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)
st30.015	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)
st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
st31.009	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)
st31.010	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)
st31.012	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
st31.018	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы
st32.004	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)
st32.010	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)
st32.011	Аппендэктомия, взрослые
st32.013	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
st32.014	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
st32.015	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация
st36.024	Радиойодтерапия
st36.027	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (инициация)
st36.028	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1)
st36.029	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2)
st36.030	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3)
st36.031	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 4)
st36.032	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 5)
st36.033	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 6)
st36.034	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и

	селективных иммунодепрессантов (уровень 7)
st36.035	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 8)
st36.036	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 9)
st36.037	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 10)
st36.038	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 11)
st36.039	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 12)
st36.040	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 13)
st36.041	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 14)
st36.042	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 15)
st36.043	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 16)
st36.044	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 17)
st36.045	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 18)
st36.046	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 19)
st36.047	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 20)
st37.004	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (6 баллов по ШРМ)
st37.024	Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы
st37.025	Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы
st37.026	Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы и с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (сестринский уход)

### 3.2.4.2. Коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП):

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
1	предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний), за исключением случаев, к которым применяется КСЛП, предусмотренный пунктом 2 настоящего перечня	0,2
2	предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний), получающих медицинскую помощь по профилю «Детская онкология» и (или) «Гематология»	0,6
3	оказание медицинской помощи пациенту в возрасте старше	0,2

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
	75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра и за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки	
4	развертывание индивидуального поста	0,2
5	наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии <sup>1</sup> , требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации	0,6
6	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 1) <sup>2</sup>	0,05
7	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 2) <sup>2</sup>	0,47
8	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 3) <sup>2</sup>	1,16
9	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 4) <sup>2</sup>	2,07
10	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 5) <sup>2</sup>	3,49
11	проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов <sup>3</sup>	0,15
12	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями*	0,63
14	проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (грипп, COVID-19) в период госпитализации	0,05

<sup>1</sup> – наличие у пациента дополнительного диагноза (диагноза осложнения заболевания) из перечня, определенного Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, медицинская помощь в соответствии с которым оказывалась пациенту в период госпитализации

<sup>2</sup> – перечень возможных операций, а также критерии отнесения соответствующих операций к уровню КСЛП определен Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования

<sup>3</sup> – при проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5-ти суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реабилитационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация»,



и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации)

\* – стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» в стационарных условиях и в условиях дневного стационара определяется без учета коэффициента дифференциации субъекта Российской Федерации.

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

При отсутствии оснований применения КСЛП, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

Порядок применения КСЛП определен методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

#### 3.2.4.3. Коэффициенты специфики (КС<sub>КСГ</sub>):

КСГ	Наименование	Коэффициент специфики
st07.001	Врожденные аномалии сердечно-сосудистой системы, дети	1,4
st09.001	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)	1,4
st09.002	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 2)	1,4
st09.003	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)	1,4
st09.004	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)	1,4
st09.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 1)	1,4
st09.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 2)	1,4
st09.007	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 3)	1,4
st09.008	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)	1,4
st09.009	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)	1,4
st09.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)	1,4
st10.001	Детская хирургия (уровень 1)	1,4
st10.002	Детская хирургия (уровень 2)	1,4
st10.003	Аппендэктомия, дети	1,4

st10.005	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)	1,4
st10.006	Операции по поводу грыж, дети (уровень 2)	1,4
st10.007	Операции по поводу грыж, дети (уровень 3)	1,4
st11.001	Сахарный диабет, дети	1,4
st11.002	Заболевания гипофиза, дети	1,4
st11.003	Другие болезни эндокринной системы, дети (уровень 1)	1,4
st11.004	Другие болезни эндокринной системы, дети (уровень 2)	1,4
st22.002	Другие болезни органов пищеварения, дети	1,4
st22.003	Воспалительные артропатии, спондилопатии, дети	1,4
st22.004	Врожденные аномалии головного и спинного мозга, дети	1,4
st23.006	Астма, дети	1,4
st27.003	Болезни желчного пузыря	0,95
st27.004	Другие болезни органов пищеварения, взрослые	0,95
st27.005	Гипертоническая болезнь в стадии обострения	0,95
st27.006	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)	0,95
st27.008	Другие болезни сердца (уровень 1)	0,95
st27.010	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания	0,95

3.2.5. Расчет стоимости 1 случая лечения заболевания в круглосуточном стационаре.

Стоимость одного случая госпитализации в круглосуточном стационаре (СС<sub>КСГ</sub>) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» установлены доли заработной платы и прочих расходов), определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + БС \times КД \times КСЛП, \text{ где:}$$

БС базовая ставка, рублей;

КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462);

КЗ<sub>КСГ</sub> коэффициент относительной затратноности КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КС<sub>КСГ</sub> коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен для данной КСГ);

КУС<sub>МО</sub> коэффициент подуровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП)

Стоимость одного случая госпитализации в круглосуточном стационаре (СС<sub>КСГ</sub>) по КСГ в составе которых Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» установлены доли заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

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

БС размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;

КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462);

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

Дзп доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ установленная Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» (приводится далее);

КС<sub>КСГ</sub> коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен для данной КСГ);

КУС<sub>МО</sub> коэффициент подуровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, установленная Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» представлена в таблице:

№ КСГ	Наименование КСГ	Доля (Дзп)
st02.015	Операции на женских половых органах (уровень 5)	38,49%
st02.016	Операции на женских половых органах (уровень 6)	31,98%
st02.017	Операции на женских половых органах (уровень 7)	33,61%

st02.014	Слингговые операции при недержании мочи	30,45%
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%
st09.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 7)	16,23%
st10.008	Другие операции на органах брюшной полости, дети	32,42%
st12.015	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1)	91,12%
st12.016	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2)	61,30%
st12.017	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3)	63,24%
st12.018	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4)	77,63%
st14.004	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 4)	33,32%
st19.123	Прочие операции при ЗНО (уровень 1)	28,13%
st19.124	Прочие операции при ЗНО (уровень 2)	39,56%
st19.082	Лучевая терапия (уровень 8)	8,58%
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%
st19.094	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)	75,76%
st19.095	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 2)	75,76%
st19.096	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 3)	75,76%
st19.097	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)	34,68%
st19.098	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 2)	54,54%
st19.099	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 3)	62,75%
st19.100	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4)	5,02%
st19.101	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)	16,99%
st19.102	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 6)	26,29%
st19.122	Посттрансплантационный период после пересадки костного мозга	62,44%
st19.144	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)	58,94%

st19.145	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)	44,62%
st19.146	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)	39,95%
st19.147	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)	20,78%
st19.148	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)	29,77%
st19.149	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)	10,42%
st19.150	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)	18,31%
st19.151	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)	7,76%
st19.152	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)	6,02%
st19.153	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)	7,08%
st19.154	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)	3,54%
st19.155	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)	3,10%
st19.156	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)	2,80%
st19.157	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14)	2,24%
st19.158	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15)	1,88%
st19.159	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16)	1,62%
st19.160	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17)	1,37%
st19.161	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 18)	1,10%
st19.162	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 19)	0,61%
st20.010	Замена речевого процессора	0,74%
st21.009	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)	14,38%
st30.016	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 7)	20,13%
st32.020	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 4)	34,65%
st32.021	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 5)	38,58%
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация	27,22%
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%
st36.024	Радиойодтерапия	70,66%

st36.025	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)	5,85%
st36.026	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)	4,58%
st36.027	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (инициация или замена)	34,50%
st36.028	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1)	54,58%
st36.029	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2)	41,92%
st36.030	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3)	34,06%
st36.031	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 4)	24,29%
st36.032	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 5)	19,35%
st36.033	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 6)	16,46%
st36.034	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 7)	14,09%
st36.035	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 8)	12,87%
st36.036	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 9)	10,94%
st36.037	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 10)	9,46%
st36.038	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 11)	7,83%
st36.039	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 12)	7,32%
st36.040	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 13)	5,61%
st36.041	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 14)	4,55%
st36.042	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 15)	3,21%
st36.043	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 16)	1,76%
st36.044	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 17)	1,14%
st36.045	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 18)	0,90%
st36.046	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 19)	0,56%
st36.047	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 20)	0,28%

3.2.6. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с приложением № 1 к Постановлению

Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 № 2353 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и последующий период 2025 и 2026 годов»:

Наименование профиля ВМП	№ группы ВМП	Норматив финансовых затрат, рублей.
Акушерство и гинекология	1	158 727,00
Акушерство и гинекология	2	241 673,00
Акушерство и гинекология	3	158 077,00
Акушерство и гинекология	4	277 185,00
Гастроэнтерология	5	164 546,00
Гематология	6	185 493,00
Гематология	7	539 242,00
Детская хирургия в период новорожденности	8	327 848,00
Дерматовенерология	9	125 714,00
Комбустиология	10	668 088,00
Комбустиология	11	1 937 988,00
Нейрохирургия	12	200 037,00
Нейрохирургия	13	305 214,00
Нейрохирургия	14	195 175,00
Нейрохирургия	15	280 339,00
Нейрохирургия	16	364 805,00
Нейрохирургия	17	489 319,00
Неонатология	18	307 267,00
Неонатология	19	626 899,00
Онкология	20	234 037,00
Онкология	21	125 186,00
Онкология	22	168 010,00
Онкология	23	475 359,00
Онкология	24	89 311,00
Онкология	25	201 977,00
Онкология	26	268 821,00
Оториноларингология	27	140 232,00
Оториноларингология	28	83 035,00
Оториноларингология	29	160 863,00
Офтальмология	30	75 312,00
Офтальмология	31	109 406,00
Офтальмология	32	107 504,00
Офтальмология	33	148 560,00
Педиатрия	34	103 417,00
Педиатрия	35	212 405,00
Педиатрия	36	122 578,00
Педиатрия	37	210 613,00
Педиатрия	38	209 420,00
Педиатрия	39	92 391,00
Педиатрия	40	203 100,00

Педиатрия	41	271 190,00
Ревматология	42	164 370,00
Сердечно-сосудистая хирургия	43	199 124,00
Сердечно-сосудистая хирургия	44	230 121,00
Сердечно-сосудистая хирургия	45	260 837,00
Сердечно-сосудистая хирургия	46	147 972,00
Сердечно-сосудистая хирургия	47	179 013,00
Сердечно-сосудистая хирургия	48	222 876,00
Сердечно-сосудистая хирургия	49	136 982,00
Сердечно-сосудистая хирургия	50	162 640,00
Сердечно-сосудистая хирургия	51	202 067,00
Сердечно-сосудистая хирургия	52	287 307,00
Сердечно-сосудистая хирургия	53	313 443,00
Сердечно-сосудистая хирургия	54	344 313,00
Сердечно-сосудистая хирургия	55	171 011,00
Сердечно-сосудистая хирургия	56	318 704,00
Сердечно-сосудистая хирургия	57	256 135,00
Сердечно-сосудистая хирургия	58	812 013,00
Сердечно-сосудистая хирургия	59	445 396,00
Сердечно-сосудистая хирургия	60	392 824,00
Сердечно-сосудистая хирургия	61	574 147,00
Сердечно-сосудистая хирургия	62	637 981,00
Сердечно-сосудистая хирургия	63	640 306,00
Сердечно-сосудистая хирургия	64	428 896,00
Торакальная хирургия	65	176 437,00
Торакальная хирургия	66	307 186,00
Травматология и ортопедия	67	165 709,00
Травматология и ортопедия	68	339 074,00
Травматология и ортопедия	69	195 740,00
Травматология и ортопедия	70	262 550,00
Травматология и ортопедия	71	416 620,00
Травматология и ортопедия	72	343 828,00
Травматология и ортопедия	73	340 252,00
Урология	74	117 215,00
Урология	75	172 953,00
Урология	76	170 112,00
Хирургия	77	204 581,00
Хирургия	78	221 364,00
Челюстно-лицевая хирургия	79	153 018,00
Эндокринология	80	228 784,00
Эндокринология	81	127 061,00

Доли заработной платы в составе нормативов финансовых затрат в разрезе групп ВМП определены приложением № 1 к Постановлению Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 № 2353 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и последующий период 2025 и 2026 годов»

### 3.2.7. Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.



В соответствии с методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» к прерванным случаям относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара);
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);
7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно;
9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 № 2353 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и последующий период 2025 и 2026 годов» и методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

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

Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и

наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по основаниям, установленным пунктом 4.1. Методических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по 2 КСГ, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4, если он подлежит оплате по 2 КСГ по следующим основаниям:

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

- 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;

- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

- проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением. Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

- О14.1 Тяжелая преэклампсия;

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

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

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

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

- наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

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

- проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

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

Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно:

№ КСГ	Наименование КСГ
st02.001	Осложнения, связанные с беременностью
st02.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
st03.002	Ангинебротический отек, анафилактический шок
st05.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе <*>
st08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети <*>
st08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети <*>
st08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети <*>
st09.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 7)
st12.001	Кишечные инфекции, взрослые
st12.002	Кишечные инфекции, дети
st12.010	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые
st12.011	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1) <*>
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2) <*>
st16.005	Сотрясение головного мозга
st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st19.038	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
st19.144	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1) <*>
st19.145	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2) <*>
st19.146	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной

	и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3) <*>
st19.147	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4) <*>
st19.148	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5) <*>
st19.149	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6) <*>
st19.150	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7) <*>
st19.151	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8) <*>
st19.152	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9) <*>
st19.153	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) <*>
st19.154	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11) <*>
st19.155	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12) <*>
st19.156	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13) <*>
st19.157	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) <*>
st19.158	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15) <*>
st19.159	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16) <*>
st19.160	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17) <*>
st19.161	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 18) <*>
st19.162	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 19) <*>
st19.082	Лучевая терапия (уровень 8)
st19.090	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения (уровень 1)
st19.094	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
st19.097	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
st19.100	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4)
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)

st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st21.009	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st27.012	Отравления и другие воздействия внешних причин
st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
st30.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
st30.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
st30.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
st30.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
st30.016	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 7)
st31.017	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
st32.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
st32.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина <*>
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация
st36.024	Радиойодтерапия
st36.025	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)
st36.026	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)
st36.028	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1) <*>
st36.029	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2) <*>
st36.030	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3) <*>
st36.031	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 4) <*>
st36.032	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 5) <*>
st36.033	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 6) <*>
st36.034	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 7) <*>
st36.035	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 8) <*>
st36.036	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 9) <*>
st36.037	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 10) <*>
st36.038	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 11) <*>
st36.039	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 12) <*>

st36.040	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 13) <*>
st36.041	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 14) <*>
st36.042	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 15) <*>
st36.043	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 16) <*>
st36.044	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 17) <*>
st36.045	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 18) <*>
st36.046	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 19) <*>
st36.047	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 20) <*>

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

Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

Размеры оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, определяется следующим образом.

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости КСГ.

### **Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию**

№ КСГ	Наименование КСГ
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
st02.012	Операции на женских половых органах (уровень 3)
st02.013	Операции на женских половых органах (уровень 4)
st02.014	Слинговые операции при недержании мочи

st09.001	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)
st09.002	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 2)
st09.003	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)
st09.004	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)
st09.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 1)
st09.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 2)
st09.007	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 3)
st09.008	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)
st09.009	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)
st09.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)
st10.001	Детская хирургия (уровень 1)
st10.002	Детская хирургия (уровень 2)
st10.003	Аппендэктомия, дети
st10.005	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)
st10.006	Операции по поводу грыж, дети (уровень 2)
st10.007	Операции по поводу грыж, дети (уровень 3)
st13.002	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
st13.005	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
st13.007	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
st13.008	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 1)
st13.009	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 2)
st13.010	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 3)
st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
st14.003	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 3)
st15.015	Инфаркт мозга (уровень 2)
st15.016	Инфаркт мозга (уровень 3)
st16.007	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 1)
st16.008	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2)
st16.009	Операции на периферической нервной системе (уровень 1)
st16.010	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)
st16.011	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)
st18.002	Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа
st19.001	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.002	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.003	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3)
st19.004	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.005	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.006	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1)
st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st19.008	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3)
st19.009	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
st19.010	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)

st19.011	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3)
st19.012	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1)
st19.013	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2)
st19.014	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1)
st19.015	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2)
st19.016	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы (уровень 1)
st19.017	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы (уровень 2)
st19.018	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1)
st19.019	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2)
st19.020	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3)
st19.021	Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости
st19.022	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях
st19.023	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.024	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.025	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1)
st19.026	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2)
st19.123	Прочие операции при ЗНО (уровень 1)
st19.124	Прочие операции при ЗНО (уровень 2)
st19.038	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
st19.104	Эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.007	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
st20.008	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
st20.009	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st21.009	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
st24.004	Ревматические болезни сердца (уровень 2)
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st25.005	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 1)
st25.006	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 2)
st25.007	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 3)
st25.008	Операции на сосудах (уровень 1)
st25.009	Операции на сосудах (уровень 2)



st25.010	Операции на сосудах (уровень 3)
st25.011	Операции на сосудах (уровень 4)
st25.012	Операции на сосудах (уровень 5)
st27.007	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2)
st27.009	Другие болезни сердца (уровень 2)
st28.002	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 1)
st28.003	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 2)
st28.004	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)
st28.005	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)
st29.007	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)
st29.008	Эндопротезирование суставов
st29.009	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
st29.010	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
st29.011	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
st29.012	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)
st29.013	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)
st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
st30.007	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)
st30.008	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)
st30.009	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)
st30.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
st30.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
st30.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
st30.013	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 4)
st30.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
st30.015	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)
st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
st31.003	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)
st31.004	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)
st31.005	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 4)
st31.006	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 1)
st31.007	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 2)
st31.008	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 3)
st31.009	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)
st31.010	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)
st31.015	Остеомиелит (уровень 3)
st31.019	Операции на молочной железе (кроме злокачественных новообразований)
st32.001	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 1)
st32.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
st32.003	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 3)
st32.004	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)
st32.005	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 1)
st32.006	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)
st32.007	Панкреатит, хирургическое лечение
st32.008	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
st32.009	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)
st32.010	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)
st32.011	Аппендэктомия, взрослые
st32.013	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)

st32.014	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
st32.015	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
st32.019	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 4)
st32.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
st32.017	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)
st32.018	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 3)
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st34.003	Операции на органах полости рта (уровень 2)
st34.004	Операции на органах полости рта (уровень 3)
st34.005	Операции на органах полости рта (уровень 4)
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация

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

### **3.3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара**

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи по дневным стационарам, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Липецкой области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в дневных стационарах, установленных Территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2024 год составляет 1 597,60 рублей.

3.3.2. Перечень клинико-статистических групп заболеваний, с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ представлен в приложении № 23 к Тарифному соглашению.

3.3.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка по дневным стационарам):

На 2024 год размер средней стоимости законченного случая лечения по дневному стационару установлен в сумме 16 027,37 рублей.

Базовая ставка применяется, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов.

3.3.4. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ.

3.3.4.1. Коэффициенты подуровня оказания медицинской помощи в дневных стационарах (КУС<sub>МО</sub>):

Подуровень оказания медицинской помощи	Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи
1 уровень	
Подуровень 1.1.	0,85

Подуровень 1.2.	0,87
2 уровень	
Подуровень 2.1.	0,90
Подуровень 2.2.	0,93
Подуровень 2.3.	0,94
Подуровень 2.4.	1,00
Подуровень 2.5.	1,10

#### 3.3.4.2. Коэффициенты специфики (КС<sub>КСГ</sub>):

КСГ	Наименование	Коэффициент специфики
ds02.008	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)	0,8579
ds02.009	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2)	0,8579
ds02.010	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)	0,8579
ds02.011	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4)	0,8579
ds13.001	Болезни системы кровообращения, взрослые	1,0306

#### 3.3.4.3. Коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП)

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
13	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями*	1,20

\* – стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» в стационарных условиях и в условиях дневного стационара определяется без учета коэффициента дифференциации субъекта Российской Федерации.

При отсутствии оснований применения КСЛП, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

Порядок применения КСЛП определен методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

#### 3.3.5. Расчет стоимости 1 случая лечения в дневном стационаре.

Стоимость одного случая лечения в дневном стационаре (СС<sub>КСГ</sub>) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» установлены доли заработной платы и прочих расходов), определяется по следующей формуле:

$$CC_{\text{КСГ}} = BC \times KD \times KZ_{\text{КСГ}} \times KC_{\text{КСГ}} \times KUC_{\text{МО}} + BC \times KD \times KCLP, \text{ где:}$$

BC	базовая ставка, рублей;
KD	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462);
KZ <sub>КСГ</sub>	коэффициент относительной затратноёмкости КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
KC <sub>КСГ</sub>	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен для данной КСГ);
KUC <sub>МО</sub>	коэффициент подуровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
KCLP	коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых KCLP)

Стоимость одного случая лечения в дневном стационаре (CC<sub>КСГ</sub>) по КСГ в составе которых Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» установлены доли заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$CC_{\text{КСГ}} = BC \times KZ_{\text{КСГ}} \times ((1 - D_{\text{ЗП}}) + D_{\text{ЗП}} \times KC_{\text{КСГ}} \times KUC_{\text{МО}} \times KD) + BC \times KD \times KCLP, \text{ где:}$$

BC	размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;
KD	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462);
KZ <sub>КСГ</sub>	коэффициент относительной затратноёмкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
D <sub>ЗП</sub>	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ установленная Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» (приводится далее);
KC <sub>КСГ</sub>	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен для данной КСГ);
KUC <sub>МО</sub>	коэффициент подуровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, установленная Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» представлена в таблице:

№ КСГ	Наименование КСГ	Доля (Дзп)
ds02.008	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)	18,93%
ds02.009	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2)	24,10%
ds02.010	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)	21,02%
ds02.011	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4)	20,44%
ds06.002	Лечение дерматозов с применением наружной терапии	97,44%
ds06.003	Лечение дерматозов с применением наружной терапии, физиотерапии, плазмафереза	96,30%
ds06.004	Лечение дерматозов с применением наружной и системной терапии	98,27%
ds06.005	Лечение дерматозов с применением наружной терапии и фототерапии	98,20%
ds12.016	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 1)	11,26%
ds12.017	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 2)	7,83%
ds12.018	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 3)	5,30%
ds12.019	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 4)	3,86%
ds12.020	Вирусный гепатит В хронический без дельта агента, лекарственная терапия	71,53%
ds12.021	Вирусный гепатит В хронический с дельта агентом, лекарственная терапия	7,74%
ds19.057	Лучевая терапия (уровень 8)	3,66%
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)	53,47%
ds19.068	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 2)	53,47%
ds19.069	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 3)	53,47%
ds19.070	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 4)	53,47%
ds19.071	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)	8,46%
ds19.072	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 2)	20,75%
ds19.073	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 3)	30,70%
ds19.074	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4)	37,88%
ds19.075	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)	0,82%

ds19.076	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 6)	2,51%
ds19.077	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 7)	5,81%
ds19.078	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 8)	9,09%
ds19.116	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)	30,02%
ds19.117	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)	18,02%
ds19.118	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)	24,72%
ds19.119	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)	23,33%
ds19.120	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)	43,50%
ds19.121	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)	10,53%
ds19.122	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)	7,12%
ds19.123	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)	15,95%
ds19.124	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)	25,57%
ds19.125	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)	23,83%
ds19.126	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)	12,39%
ds19.127	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)	3,49%
ds19.128	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)	14,59%
ds19.129	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14)	3,57%
ds19.130	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15)	4,96%
ds19.131	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16)	7,49%
ds19.132	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17)	5,71%
ds19.133	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 18)	0,30%
ds19.134	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 19)	0,31%
ds20.006	Замена речевого процессора	0,23%
ds21.007	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)	10,32%
ds36.012	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)	1,09%
ds36.013	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)	0,51%
ds36.014	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (инициация или замена)	17,94%
ds36.015	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и	4,66%

	селективных иммунодепрессантов (уровень 1)	
ds36.016	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2)	3,10%
ds36.017	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3)	1,88%
ds36.018	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 4)	1,44%
ds36.019	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 5)	1,30%
ds36.020	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 6)	0,99%
ds36.021	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 7)	3,38%
ds36.022	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 8)	0,79%
ds36.023	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 9)	4,69%
ds36.024	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 10)	0,70%
ds36.025	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 11)	0,87%
ds36.026	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 12)	2,22%
ds36.027	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 13)	0,94%
ds36.028	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 14)	0,36%
ds36.029	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 15)	0,72%
ds36.030	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 16)	0,39%
ds36.031	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 17)	2,82%
ds36.032	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 18)	0,07%
ds36.033	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 19)	0,03%
ds36.034	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 20)	0,02%

### 3.3.6. Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи

В соответствии с методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» к прерванным случаям относятся:

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

3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из условий дневного стационара в стационарные условия);
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся летальным исходом;
7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно.

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

Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по основаниям, установленным «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по 2 КСГ, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4, если он подлежит оплате по 2 КСГ по следующим основаниям:



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

- 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;

- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

- проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением. Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;

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

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

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

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

- наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

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

- проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно:

№ КСГ	Наименование КСГ
ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.007	Аборт медикаментозный
ds02.008	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)
ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе <*>

ds08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети <*>
ds08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети <*>
ds08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети <*>
ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1) <*>
ds15.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2) <*>
ds19.028	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
ds19.033	Госпитализация в диагностических целях с проведением молекулярно-генетического и (или) иммуногистохимического исследования или иммунофенотипирования
ds19.116	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1) <*>
ds19.117	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2) <*>
ds19.118	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3) <*>
ds19.119	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4) <*>
ds19.120	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5) <*>
ds19.121	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6) <*>
ds19.122	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7) <*>
ds19.123	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8) <*>
ds19.124	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9) <*>
ds19.125	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) <*>
ds19.126	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11) <*>
ds19.127	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12) <*>
ds19.128	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13) <*>
ds19.129	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) <*>
ds19.130	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15) <*>
ds19.131	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16) <*>
ds19.132	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17) <*>
ds19.133	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 18) <*>
ds19.134	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 19) <*>
ds19.057	Лучевая терапия (уровень 8)

ds19.063	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения (уровень 1)
ds19.067	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
ds19.071	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
ds19.075	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
ds20.006	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
ds21.007	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
ds25.001	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
ds27.001	Отравления и другие воздействия внешних причин
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
ds36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина <*>
ds36.012	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)
ds36.013	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)
ds36.015	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1) <*>
ds36.016	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2) <*>
ds36.017	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3) <*>
ds36.018	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 4) <*>
ds36.019	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 5) <*>
ds36.020	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 6) <*>
ds36.021	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 7) <*>
ds36.022	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 8) <*>
ds36.023	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 9) <*>
ds36.024	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 10) <*>
ds36.025	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 11) <*>
ds36.026	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 12) <*>

ds36.027	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 13) <*>
ds36.028	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 14) <*>
ds36.029	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 15) <*>
ds36.030	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 16) <*>
ds36.031	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 17) <*>
ds36.032	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 18) <*>
ds36.033	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 19) <*>
ds36.034	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 20) <*>
ds36.035	Лечение с применением методов афереза (каскадная плазмофильтрация, липидная фильтрация, иммуносорбция) в случае отсутствия эффективности базисной терапии

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

Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

Размеры оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными определяется следующим образом.

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости КСГ.

Если хирургическое лечение 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 – 80% от стоимости КСГ.

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

№ КСГ	Наименование КСГ
ds02.003	Операции на женских половых органах (уровень 1)
ds02.004	Операции на женских половых органах (уровень 2)
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds09.001	Операции на мужских половых органах, дети

ds09.002	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети
ds10.001	Операции по поводу грыж, дети
ds13.002	Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов
ds14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
ds14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
ds16.002	Операции на периферической нервной системе
ds18.003	Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа
ds19.016	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
ds19.017	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
ds19.028	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
ds20.004	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
ds20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
ds20.006	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
ds21.007	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
ds25.001	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
ds25.002	Операции на сосудах (уровень 1)
ds25.003	Операции на сосудах (уровень 2)
ds28.001	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения
ds29.001	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
ds29.002	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
ds29.003	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
ds30.002	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
ds30.003	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)
ds30.004	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
ds30.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
ds30.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
ds31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
ds31.003	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)
ds31.004	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)
ds31.005	Операции на органах кроветворения и иммунной системы
ds31.006	Операции на молочной железе
ds32.001	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
ds32.002	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)
ds32.003	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)

ds32.004	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
ds32.005	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
ds32.006	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях
ds32.007	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
ds32.008	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
ds34.003	Операции на органах полости рта (уровень 2)

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

### **3.4. Размер и структура тарифов на оплату скорой медицинской помощи**

Коэффициенты, применяемые при расчете подушевых нормативов скорой медицинской помощи, а так же фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования в разрезе медицинских организаций представлены в приложении № 24 к Тарифному соглашению.

Базовый норматив финансовых затрат на единицу объема на 2024 год:

Вид медицинской помощи	Единица объема	Базовый норматив финансовых затрат на единицу объема, рублей.
Скорая медицинская помощь	ВЫЗОВ	3 657,30

3.4.1. Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на 2024 год составляет 1 041,84 рублей.

3.4.2. Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на 2024 год – 1 041,84 рублей.

3.4.3. Половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения на 2024 год:

Пол	Возраст, лет				
	До 1 года	1 год - 4 года	5 - 17 лет	18-64 года	65 и старше
	половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения (КД)				
Мужчины	2,546	1,728	0,546	0,716	1,842
Женщины	2,156	1,502	0,510	0,694	2,269

### 3.4.4. Тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи на 2024 год:

Вид вызова	Тариф, рублей.
<b>По базовой программе ОМС</b>	
Вызов врачебной бригады	4 147,03
Вызов фельдшерской бригады	3 517,11
Вызов врачебной бригады при остром коронарном синдроме и остром ишемическом инсульте с проведением тромболитической терапии	86 187,25
Вызов фельдшерской бригады при остром коронарном синдроме и остром ишемическом инсульте с проведением тромболитической терапии	85 557,33
Оказание скорой медицинской помощи врачом в случае самообращения на станцию скорой медицинской помощи	1 036,77
Оказание скорой медицинской помощи фельдшером в случае самообращения на станцию скорой медицинской помощи	879,29
<b>Сверх базовой программы ОМС</b>	
Вызов врачебной бригады для больных психоневрологического профиля	4 130,63
Вызов фельдшерской бригады для больных психоневрологического профиля	3 503,20

Тарифы стоимости вызова скорой медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС применяются в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов.

#### **4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**

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.

В соответствии с пунктом 154 Правил 108н, размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением № 5 к Правилам 108н) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{но},$$

где:

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

РТ - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный за оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

Кно - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

Значения коэффициента для определения размера неполной оплаты медицинской помощи, установленные приложением № 5 к Правилам 108н приведены далее.

В случаях применения кода нарушения/дефекта 2.16.1 размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$Н = (РТ1 - РТ2) + РТ2 \times Кно,$$

где:

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

РТ1 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

РТ2 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу);

Кно - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

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

В соответствии с пунктом 155 Правил 108н, размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт), рассчитывается по формуле:

$$Сшт = РП \times Кшт,$$

где:

Сшт - размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

РП - установленный тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и



применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленный территориальной программой на год (за исключением кода нарушения/дефекта 2.16.1 предусмотренного приложением № 5 к Правилам 108н, для которого РП - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи);

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Значения коэффициентов для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, установленные приложением № 5 к Правилам 108н приведены далее.

Размеры подушевых нормативов финансирования, используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи (РП):

Вид медицинской помощи	Размер подушевого норматива, используемый при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (РП), рублей.
Амбулаторная медицинская помощь	7 030,70
Скорая медицинская помощь вне медицинской организации	1 060,60
Медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара	7 611,70
Медицинская помощь в условиях дневного стационара	1 948,60

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) в соответствии с приложением № 5 к Правилам 108н.

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинско	Коэффициент для определения размера штрафа (Кшт)

		й помощи (Кно)	
Раздел 1. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля			
1.1	Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.	0	0,3
1.2	Не включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения (в случае, если установление диагноза и постановка на диспансерное наблюдение должно быть осуществлено в рамках одного случая оказания медицинской помощи).	0	1
1.3	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей.	1	0,3
1.4	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
1.4.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1	0
1.4.2.	сумма счета не соответствует	1	0

	итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;		
1.4.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение, отсутствие сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи, по данным персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;	1	0
1.4.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1	0
1.4.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1	0
1.4.6.	Дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты;	1	0
1.5.	Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе);	1	0
1.6.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.6.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в программу обязательного медицинского страхования;	1	0
1.6.2.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи,	1	0

	установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;		
1.6.3.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации законодательством об обязательном медицинском страховании;	1	0
1.6.4.	включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации, медицинских услуг, оказываемых частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности.	1	0
1.7.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:		
1.7.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;	1	0
1.7.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании.	1	0

1.8.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности, в том числе с нарушением лицензионных требований:		
1.8.1.	включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1	0
1.8.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности по случаям оказания медицинской помощи, завершившимися после прекращения действия лицензии медицинской организации;	1	0
1.8.3.	предоставление на оплату реестров счетов в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (на основании информации лицензирующих органов).	1	0
1.9.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста по профилю оказания медицинской помощи.	1	0
1.10	Нарушения, связанные с повторным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:		
1.10.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	1	0
1.10.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1	0
1.10.3.	стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату	1	0

	медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;		
1.10.4.	стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию;	1	0
1.10.5.	включение в реестр счетов медицинской помощи, оказанной амбулаторно, в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также оказания медицинской помощи (консультаций) в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме);	1	0
1.10.6.	включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	1	0
<b>Раздел 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы</b>			
2.1.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования.	0	0,3
2.2.	Нарушение условий оказания скорой медицинской помощи, выразившееся в несоблюдении установленного программой обязательного медицинского страхования времени доезда бригады скорой медицинской помощи, при летальном исходе до приезда бригады скорой помощи.	1	3
2.7.	Представление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три	1	0,3

	дня и менее (за исключением случаев, связанных с патологией беременности и родами) в течение четырнадцати календарных дней при оказании медицинской помощи в указанный период в амбулаторных условиях (за исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией).		
2.8.	Необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период пребывания в условиях круглосуточного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях).	1	0,3
2.9.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, входящую в базовую либо территориальную программу обязательного медицинского страхования, при оказании медицинской помощи в рамках базовой либо территориальной программы обязательного медицинского страхования.	0	1
2.10.	Приобретение пациентом или его представителем в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов <sup>1</sup> , и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека <sup>2</sup> , на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской	0,5	0,5

	помощи.		
2.11.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.	0	0,6
2.12.	Непредставление медицинской документации, учетно-отчетной документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, а также результатов внутреннего и внешнего контроля медицинской организации, безопасности оказания медицинской помощи без объективных причин в течение 10 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда обязательного медицинского страхования, или территориального фонда обязательного медицинского страхования, или страховой медицинской организации, или специалиста-эксперта, эксперта качества медицинской помощи, действующего по их поручению.	1	0
2.13.	Отсутствие в документации (несоблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях <sup>3</sup> .	0,1	0
2.14.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление с искажением	0,5	0



	сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и /или учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы).		
2.15.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней).	1	0
2.16.	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
2.16.1.	оплаченный случай оказания медицинской помощи не соответствует тарифу, установленному законодательством об обязательном медицинском страховании;	0,1	0,3
2.16.2.	включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.	1	1
2.16.3.	Некорректное (неполное) отражение в реестре счета сведений медицинской документации	1	
2.17.	Отсутствие в карте стационарного больного протокола врачебной комиссии в случаях назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.	0	0,3
2.18.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования.	0	0,3

Раздел 3. Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи			
3.1.	Установление неверного диагноза, связанное с невыполнением, несвоевременным или ненадлежащим выполнением необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, с учетом рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:		
3.1.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	0
3.1.2.	приведшее к удлинению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,3	0
3.1.3.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания;	0,4	0,3
3.1.4.	приведшее к инвалидизации;	0,9	1
3.1.5.	приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов);	1	3
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:		
3.2.1.	не повлиявшее на состояние	0,1	0

	здоровья застрахованного лица;		
3.2.2.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,4	0,3
3.2.3.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,9	1
3.2.4.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	1	3
3.2.5.	рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций;	0,9	1
3.2.6.	по результатам проведенного диспансерного наблюдения.	0,9	1
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо	0,5	0,6

	создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания.		
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях).	0,5	0,3
3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение четырнадцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, тридцати дней стационарно (повторная госпитализация).	0,3	0
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,8	1
3.7.	Госпитализация застрахованного лица в плановой или неотложной форме с нарушением требований к профильности оказанной медицинской помощи (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации в неотложной и экстренной форме с последующим переводом в течение суток в	1	0,3

	профильные медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций).		
3.8.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, отсутствие пациента в медицинской организации на дату проверки.	1	0,3
3.9.	Необоснованное повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов.	1	0,3
3.10.	Наличие расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов 2-3 категории, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований (за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме).	0,9	0,5
3.11.	Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и	0,5	0

	провести оценку качества оказанной медицинской помощи.		
3.12.	Нарушение прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, базовой программы обязательного медицинского страхования; на выбор врача.	0	0,3
3.13.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов с учетом стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, связанные с риском для здоровья пациента.	0,5	0,6
3.14.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе:		
3.14.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;		1
3.14.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья;		2
3.14.3.	приведший к летальному исходу.		3
3.15.	Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в указанный порядок исследований, в том числе:		
3.15.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;		1
3.15.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного лица,		2

	проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения);		
3.15.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения).		3

<sup>1</sup> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 12 октября 2019 г. № 2406-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, № 42, ст. 5979; 2020, № 48, ст. 7813).

<sup>2</sup> Распоряжение Правительства Российской Федерации 31 декабря 2018 г. № 3053-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, № 2, ст. 196; № 41, ст. 5780).

<sup>3</sup> В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2020, № 29, ст. 4516).

Размеры санкций по проводимым в 2024 году экспертизам медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в 2023 году и ранее, определяются в соответствии с Перечнем оснований для частичной или полной неоплаты медицинской помощи и применения штрафных санкций по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Липецкой области, утвержденным Тарифным соглашением на 2024 год.

## **5. Заключительные положения**

5.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2024 года, действует до 31 декабря 2024 года включительно и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение 2024 года.

5.2. Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению всех Сторон. Внесение изменений в Тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к Тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

5.3. Стороны принимают на себя обязательства выполнять настоящее Тарифное соглашение.

5.4. В случае возникновения споров по настоящему Тарифному соглашению Стороны принимают все меры для их разрешения путем переговоров между собой.

5.5. Настоящее Тарифное соглашение составлено в пяти экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

5.6. ТФОМС Липецкой области доводит настоящее Тарифное соглашение до сведения всех участников системы обязательного медицинского страхования Липецкой области путем размещения на собственном сайте в сети «Интернет».

### **Перечень приложений к Тарифному соглашению.**

- приложение № 1 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), имеющих прикрепившихся лиц, оплата амбулаторной медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи в разрезе групп».

- приложение № 2 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц, оплата амбулаторной медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), за УЕТ в разрезе уровней оказания медицинской помощи».

- приложение № 3 «Перечень фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов с указанием диапазона численности обслуживаемого населения, годового размера финансового обеспечения, а также информации о соответствии/несоответствии ФЗП, ФАП требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению на 2024 год».



- приложение № 4 «Перечень круглосуточных стационаров медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) в разрезе уровней оказания медицинской помощи».

- приложение № 5 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в дневных стационарах в разрезе уровней оказания медицинской помощи».

- приложение № 6 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь в разрезе групп».

- приложение № 7 «Коэффициенты, применяемые при расчете подушевых нормативов, а так же фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования в разрезе медицинских организаций, применяемые при оплате амбулаторной медицинской помощи в 2024».

- приложение № 8 «Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях».

- приложение № 9 «Тарифы на отдельные медицинские услуги, применяемые при оплате амбулаторной медицинской помощи, в том числе для проведения межучрежденческих расчетов».

- приложение № 10 «Тарифы на медицинские услуги, финансирование которых осуществляется в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленными Территориальной программой ОМС из средств, не входящих в расчет подушевых нормативов».

- приложение № 11 «Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения».

- приложение № 12 «Тарифы на медицинские услуги по проведению углубленной диспансеризации определенных групп взрослого населения гражданам, переболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)».

- приложение № 13 «Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

- приложение № 14 «Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью».

- приложение № 15 «Тарифы на медицинские услуги по проведению профилактических медицинских осмотров несовершеннолетним».

- приложение № 16 «Тарифы на медицинские услуги по проведению профилактических медицинских осмотров взрослого населения».

- приложение № 17 «Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в центрах здоровья».

- приложение № 18 «Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин».

- приложение № 19 «Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансерного наблюдения».

- приложение № 20 «Тарифы на медицинские услуги по проведению медицинской реабилитации в амбулаторных условиях».

- приложение № 21 «Тарифы на медицинские услуги по проведению диализа».

- приложение № 22 «Перечень клинико-статистических групп заболеваний, применяемых в стационарных условиях с указанием коэффициентов относительной затратноёмкости КСГ».

- приложение № 23 «Перечень клинико-статистических групп заболеваний, применяемых в условиях дневного стационара с указанием коэффициентов относительной затратноёмкости КСГ».

- приложение № 24 «Коэффициенты, применяемые при расчете подушевых нормативов, а так же фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования в разрезе медицинских организаций, применяемые при оплате скорой медицинской помощи в 2024 году».

- приложение № 25 «Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций».