Приложениек Протоколу

заседания Комиссии по разработке

территориальной программы ОМС в РБ

от 16.02.2022 года№ 3-22

**Тарифное соглашение**

**по обязательному медицинскому страхованию**

**на территории Республики Башкортостан**

**на 2022 год**

(с изменениями, внесенными Протоколом № 4-22 от 28.03.2022)

**г. Уфа 16 февраля 2022г.**

**I. Общие положения**

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

- Федеральный закон от 29 ноября 2010года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в действующей редакции);

- Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»(в действующей редакции);

- Федеральный закон от 6 декабря 2021 года № 392-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;

- Закон Республики Башкортостан от 20декабря 2021 № 487-з«О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;

- постановление Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»(в действующей редакции);

- постановление Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024годов» (далее – Программа);

- постановление Правительства Республики Башкортостан от 23 декабря 2021 № 702 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Башкортостан на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»(далее – ПрограммаРеспублики Башкортостан);

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 года № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (в действующей редакции);

-Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхованияот 02 февраля 2022 года №11-7/И/2-1619 /00-10-26-2-06/750 (далее – Методические рекомендации);

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

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

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

Соглашение заключеномежду:

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

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

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

- Национальной Медицинской Палатой Республики Башкортостан в лице исполняющего обязанности председателя в лице Байтимерова Азамата Рамзовича;

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

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

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

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

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

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

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

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

**II. Способы оплаты медицинской помощи в рамках территориальной**

**программы обязательного медицинского страхования**

**Республики Башкортостан на 2022 год.**

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

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);

- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

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

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

Для финансирования первичной медико-санитарной медицинской помощи, оказываемой гражданам в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях за единицу объема медицинской помощи;

- 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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- углубленной диспансеризации;

- по нормативу финансирования структурного подразделения.

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

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели установленного объема профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом N 323-ФЗ.

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

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

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

**2.1.1. Расчет среднего подушевого норматива финансирования**

Средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях ($ФО\_{СР}^{АМБ}$), устанавливаемый в соответствии с Требованиями, определяется по следующей формуле:

$ФО\_{СР}^{АМБ}= \frac{ОС\_{АМБ}}{Ч\_{З}}$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| $$ОС\_{АМБ}$$ | объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| $$Ч\_{З}$$ | численность застрахованного населения, человек. |

Общий объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, по следующей формуле:

$ОС\_{АМБ}=\left(Но\_{ПРОФ}×Нфз\_{ПРОФ}+Но\_{ОЗ}×Нфз\_{ОЗ}+Но\_{НЕОТЛ}×Нфз\_{НЕОТЛ}+Но\_{МР}×Нфз\_{МР}\right)×Ч\_{З}-ОС\_{МТР}$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| $$Но\_{ПРОФ}$$ | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений; |
| $$Но\_{ОЗ}$$ | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, обращений; |
| $$Но\_{НЕОТЛ}$$ | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений; |
| $$Но\_{МР}$$ | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, комплексных посещений; |
| $$Нфз\_{ПРОФ}$$ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| $$Нфз\_{ОЗ}$$ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| $$Нфз\_{НЕОТЛ}$$ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| $$Нфз\_{МР}$$ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| $$ОС\_{МТР}$$ | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей; |

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

Значение базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, исключающего влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, стоимости проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (в размере 5 процентов от среднего подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц) (далее – базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи) определяется по следующей формуле:

$ПН\_{БАЗ}=\left(\frac{ОС\_{ПНФ-проф}}{Ч\_{З}×КД}\right)\*(1-Рез)$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ПНБА3 | базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, рублей; |
| $$ОС\_{ПНФ-проф}$$ | объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), рублей; |
| $$Рез$$ | доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (в размере 5 процентов); |
| $$КД$$ | единый коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462 и равный 1,109. |

Финансирование по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц осуществляется:

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

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

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

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

Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования вне зависимости от применяемого способа оплаты установлены единые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемые при межучрежденческих расчетах, в соответствии с Требованиями.

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования ($ОС\_{ПНФ-проф}$), рассчитывается за исключением объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, и определяется по следующей формуле:

ОСпнф-проф= ОСАМБ-ОСфап-ОСисслед-ОСуд-ОСнеотл-ОСЕО-ОСПО-ОСДИСП , где

ОСфапобъем средств, направляемых на финансовое обеспечение

фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктовв соответствии с установленными Территориальнойпрограммой государственных гарантий размерамифинансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (за исключениеммедицинской помощи в неотложной форме), рублей;

ОСисслед объем средств, направляемых на оплату проведенияотдельных диагностических (лабораторных) исследований(компьютерной томографии, магнитно-резонанснойтомографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностическихисследований, молекулярно-генетических исследований ипатологоанатомических исследований биопсийного

(операционного) материала, тестирования на выявлениеновойкоронавирусной инфекции (COVID-19) в соответствиис нормативами, установленными Территориальнойпрограммой государственных гарантий в части базовойпрограммы, рублей;

ОСудобъем средств, направляемых на оплату углубленнойдиспансеризации в соответствии с нормативами,установленными Территориальной программойгосударственных гарантий в части базовой программы,рублей;

ОСнеотл объем средств, направляемых на оплату посещенийв неотложной форме в соответствии с нормативами,установленными Территориальной программойгосударственных гарантий в части базовой программы,рублей;

ОСЕО объем средств, направляемых на оплату медицинскойпомощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицуобъема медицинской помощи застрахованным в Республике Башкортостан (в том числекомплексных посещений по профилю «Медицинскаяреабилитация»), рублей;

ОСПОобъем средств, направляемых на оплату проведенияпрофилактических медицинских осмотров в соответствиис нормативами, установленными Территориальнойпрограммой государственных гарантий в части базовойпрограммы, рублей;

ОСДИСПобъем средств, направляемых на оплату проведениядиспансеризации, включающей профилактическиймедицинский осмотр и дополнительные методыобследований (за исключением углубленнойдиспансеризации), рублей.

Объем средств, направляемый на финансовое обеспечение медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами, не включает в себя средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за единицу медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

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

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

Vмфмо= $ФДПн^{i}$ \* Ч, где:

Vмфмо – объем месячного финансирования медицинской организации;

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

Ч – среднемесячная численность лиц, прикрепившихся к медицинской организации.

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

При этом медицинские организации ежемесячно формируют и представляют в СМО реестры медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях врачами вышеуказанных специальностей и медицинскими работниками, имеющими среднее медицинское образование, ведущими самостоятельный прием в установленном порядке. При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

**2.1.4.**В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются:

 - расходы на углубленную диспансеризацию;

- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

- расходы медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц;

-расходы на оплату медицинской помощи по специальностям, не включенным в подушевой норматив;

- расходы на оплату посещений с целью консультации;

- расходы на оплату посещений, оказываемых в центрах здоровья;

- расходы на оплату обращений в связи с заболеванием в межмуниципальных онкологических центрах (ММОЦ) и центрах амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП);

- расходы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-­генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), радиоизотопной диагностики, лучевой терапии, ПЭТ/КТ исследований в Центре ПЭТ, скрининговое ультразвуковое исследование,исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (количественный метод);

-средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов);

- расходы на оплату обращений в связи с заболеванием на долечивание в травматологических пунктах;

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

**2.1.5. Применение коэффициентов специфики.**

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской организации определяются с учетом коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, которые учитывают(Приложение № 3 к Соглашению):

1) уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения (далее – $КС\_{заб}$);

2) наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала (далее – $КД\_{от}$);

3) проведение медицинской организацией профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц (далее – $КС\_{проф}$) (рассчитываются в соответствии с пунктом 2.8.Методических рекомендаций).

$КД\_{от}$ применяется в отношении медицинских организаций (юридических лиц) с учетом наличия у них подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями).

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

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

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

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

$КД\_{ОТ}^{i}=\left(1-\sum\_{}^{}Д\_{ОТj}\right)+\sum\_{}^{}(КД\_{ОТj}×Д\_{ОТj})$, где

|  |  |
| --- | --- |
| $$КД\_{ОТ}^{i}$$ | коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i-той медицинской организаций (при наличии). |
| $$Д\_{ОТj}$$ | доля населения, обслуживаемая j-ым подразделением, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (значение от 0 до 1); |
| $$КД\_{ОТj}$$ | коэффициент дифференциации, применяемый к j-ому подразделению, расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание и оплату труда персонала. |

Коэффициент уровня для всех медицинских организаций принимается равным 1.

**2.1.6. Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования, не включающих средства на оплату мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.**

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования, не включающие средства на оплату мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования ($ДП\_{Н}^{i}$), рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по следующей формуле:

$ДП\_{Н}^{i}=ПН\_{БАЗ}×КC\_{заб}^{i}×КД\_{ОТ}^{i}×КУ\_{МО}^{i}×КД^{i}$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| $$ДП\_{Н}^{i}$$ | дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской организации, рублей; |
| $$КC\_{заб}^{i}$$ | коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения для i-той медицинской организации; |
| $$КД\_{ОТ}^{i}$$ | коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, для i-той медицинской организации; |
| $$КУ\_{МО}^{i}$$ | коэффициент уровня i-той медицинской организации; |
| $$КД\_{}^{i}$$ | коэффициент дифференциации для i-той медицинской организации. |

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, к объему средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а также средств на выплаты по итогам оценки результативности деятельности медицинских организаций) рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК=\frac{ОС\_{ПНФ-проф}\*(1-Рез)}{\sum\_{i}^{}(ДП\_{Н}^{i}×Ч\_{З}^{i})}$$

**2.1.7.** **Расчет значений** $КС\_{проф}$

При определении дифференцированных подушевых нормативов финансирования учитывается объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), распределенный для медицинской организации, путем расчета следующего коэффициента:

$$КС\_{проф}^{i} = \frac{ОС\_{проф}^{i}+ОС\_{ПНФ-проф}^{i}}{ОС\_{ПНФ-проф}^{i}}, где:$$

$КС\_{проф}^{i}$ – коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), для i-той медицинской организации;

$ОС\_{проф}^{i}$ – общий объем средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан (за исключением углубленной диспансеризации), порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами, распределенный для i-той медицинской организации решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$ОС\_{ПНФ-проф}^{i}$ – объем средств на оплату медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях, за исключением $ОС\_{проф}^{i}$, рублей.

Учитывая, что в соответствии с Программой оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи, объем средств на оплату углубленной диспансеризации не учитывается при расчете $КС\_{проф}^{i}$.

$ОС\_{ПНФ-проф}^{i}$ для i-й медицинской организации рассчитывается по следующей формуле:

$ОС\_{ПНФ-проф}^{i}=ДП\_{Н}^{i}×Ч\_{З}×ПК$.

Упрощенная формула расчета $КС\_{проф}^{i}$ выглядит следующим образом:

$$КС\_{проф}^{i}=1+\frac{ОС\_{проф}^{i}}{ДП\_{Н}^{i}×Ч\_{З}×ПК}$$

**2.1.8. Расчет фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования**

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования применяются фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинской организации, имеющей прикрепленное население, которые рассчитываются по формуле:

$ФДП\_{Н}^{i}=ДП\_{Н}^{i}×ПК×КС\_{проф}^{i}$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| base_1_217556_74 | фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей. |

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

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

2. Комплексные посещения для проведения диспансеризации.

3. Посещения с иными целями, в том числе:

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

- посещения для проведения 2-этапа диспансеризации;

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

- посещения центров здоровья;

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

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

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

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

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

- впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования;

- обратившихся граждан для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья, а также граждан, направленных медицинской организацией по месту прикрепления, медицинскими работниками образовательных организаций.

Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях включает посещения:

- врачей амбулаторно-поликлинических учреждений;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Финансовый размер обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, **при условии их соответствия требованиям**, установленным приказом Министерством здравоохранения и социального развития России от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению", в среднем на 2022 год представлен приложением № 15к Соглашению и составляет:

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

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

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

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

фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий свыше2000 жителей - с применением повышающего коэффициента уровня - 1,05 к размеруфинансового обеспечения фельдшерского /фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей или 2 253,1 тыс. рублей.

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

$ОС\_{ФАП}^{i}=\sum\_{n}^{}(Ч\_{ФАП}^{n}×БНФ\_{ФАП}^{n}×КС\_{БНФ}^{n})$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| $$ОС\_{ФАП}^{i}$$ | объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i-той медицинской организации; |
| $$Ч\_{ФАП}^{n}$$ | число фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n-типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению); |
| $$БНФ\_{ФАП}^{n}$$ | базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа; |
| $$КС\_{БНФ}^{n}$$ | коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов определен Программой, устанавливается значение коэффициента равное 1). |

Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов содержит:

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

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

$КС\_{БНФ}^{n}$– коэффициент специфики фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта.

$КС\_{БНФ}^{n}$**= (0,8 × КУК + 0,2 × КМТБ)**, где:

**КУК** – коэффициент укомплектованности фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта кадрами;

**КМТБ** – коэффициент обеспеченности материально-технической базы фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта.

$КС\_{БНФ}^{n}$**не может быть больше единицы!**

**В случае если КУК = 0 и/или КМТБ = 0, финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов не осуществляется!**

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

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

При этом коэффициент укомплектованности фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта кадрами (**КУК**) определяется по следующей формуле:

**КУК =ЗДФАП / РШНФАП**, где

ЗДФАП – количество занятых должностей фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта;

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

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

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

Коэффициент обеспеченности материально-технической базы фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта (**КМТБ**) определяется по следующей формуле:

**КМТБ = ∑ Б/100**, где

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

| № п/п | Наименование оборудования (оснащения) ФАП | Требуемое количество (шт.) в соответствии со стандартом оснащения ФАПа согласно Приказа МЗ РФ от 15.05.2012 № 543н  | Баллы ФАП при рекомендуемом наличии должностей врача акушера-гинеколога (акушерки)  | Баллы ФАП без рекомендуемых должностей врача акушера-гинеколога (акушерки)  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Рабочее место фельдшера с персональным компьютером и выходом в информационно-телекоммуникационную сеть\* | не менее 1 | 2 | 2 |
| 2 | Рабочее место врача акушерки с персональным компьютером и выходом в информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет\* | не менее 1 | 2 | 0 |
| 3 | Рабочее место медицинской сестры с персональным компьютером и выходом в информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет\* | не менее 1 | 2 | 2 |
| 4 | Шкаф для одежды | 1 | 0,1 | 0,1 |
| 5 | Шкаф для белья | 1 | 0,1 | 0,1 |
| 6 | Шкаф для лекарственных препаратов | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Вешалка для одежды | 2 | 0 | 0 |
| 8 | Тумбочки медицинские | 2 | 0,5 | 0,5 |
| 9 | Стол манипуляционный | 1 | 2 | 2 |
| 10 | Стол процедурный | 1 | 2 | 2 |
| 11 | Стол инструментальный | 1 | 2 | 2 |
| 12 | Планальный стол | 1 | 1 | 1 |
| 13 | Кресло гинекологическое | 1 | 2 | 2 |
| 14 | Кушетки медицинские | 2 | 3 | 3 |
| 15 | Электрокардиограф портативный 3- или 6-канальный | 1 | 4 | 4 |
| 16 | Автоматический дефибриллятор | 1 | 1 | 1 |
| 17 | Тонометр для измерения артериального давления на периферических артериях манжетами для измерения артериального давления у детей, в том числе до 1 года\* | не менее 1 | 1 | 1 |
| 18 | Фонендоскоп\* | не менее 1 | 4 | 4 |
| 19 | Сейф для хранения наркотических или психотропных лекарственных препаратов и лекарственных препаратов, содержащих сильнодействующие или ядовитые вещества | 1 | 0,4 | 0,4 |
| 20 | Холодильник для лекарственных препаратов | 1 | 4 | 4 |
| 21 | Бактерицидный облучатель/очиститель воздуха/устройство для обеззараживания и (или) фильтрации воздуха и (или) дезинфекции поверхностей | 1 | 3 | 3 |
| 22 | Носилки  | 2 | 1 | 1 |
| 23 | Щит спинальный с устройством для фиксации головы, рентгенпрозрачный, амагнитный | 1 | 0,1 | 0,1 |
| 24 | Костыли | 2 | 0,5 | 0,5 |
| 25 | Одеяло с подогревом | 1 | 0,1 | 0,1 |
| 26 | Секундомер | 2 | 0,1 | 0,1 |
| 27 | Термометр медицинский | 5 | 3 | 4 |
| 28 | Пузырь для льда | 2 | 1 | 1 |
| 29 | Шины для транспортной иммобилизации (разной конструкции) | 2 | 0,5 | 0,5 |
| 30 | Роторасширитель одноразовый | 2 | 1 | 1 |
| 31 | Языкодержатель | 2 | 1 | 1 |
| 32 | Стерилизатор электрический средний | 1 | 0,1 | 0,1 |
| 33 | Сухожаровой шкаф или автоклав | 1 | 4 | 4 |
| 34 | Кислородный ингалятор | 1 | 1 | 1 |
| 35 | Анализатор уровня сахара крови портативный с тест-полосками | 1 | 3 | 3 |
| 36 | Анализатор гемоглобина крови или тест-системы для определения уровня гемоглобина крови | 1 | 2 | 2 |
| 37 | Экспресс-анализатор уровня холестерина в крови портативный | 1 | 1 | 1 |
| 38 | Комплект оборудования для наглядной пропаганды здорового образа жизни | 1 | 0,5 | 0,5 |
| 39 | Весы напольные для взрослых | 1 | 2 | 3 |
| 40 | Весы для детей до 1 года | 1 | 2 | 3 |
| 41 | Дыхательный аппарат ручной (мешок Амбу) | 1 | 1 | 1 |
| 42 | Стетоскоп акушерский | 1 | 1 | 1 |
| 43 | Холодильник для хранения лекарственных препаратов | 1 | 4 | 4 |
| 44 | Ростомер | 1 | 2 | 2 |
| 45 | Сантиметровая лента | 1 | 0,5 | 0,5 |
| 46 | Пульсоксиметр портативный | 1 | 3 | 3 |
| 47 | Спирометр (портативный с одноразовыми мундштуками) | 1 | 1 | 1 |
| 48 | Набор для проведения коникотомии одноразовый | 1 | 0,5 | 0,5 |
| 49 | Емкости для дезинфекции инструментов и расходных материалов | 1 | 1 | 1 |
| 50 | Емкости для сбора бытовых и медицинских отходов | 1 | 1 | 1 |
| 51 | Аптечка экстренной профилактики парентеральных инфекций | 1 | 1,5 | 1,5 |
| 52 | Укладка для оказания помощи при остром коронарном синдроме | 1 | 3 | 3,5 |
| 53 | Укладка для оказания помощи при остром нарушении мозгового кровообращения | 1 | 3 | 3,5 |
| 54 | Укладка для оказания помощи при желудочно-кишечном (внутреннем) кровотечении | 1 | 3 | 3 |
| 55 | Укладка с педикулоцидными средствами | 2 | 1 | 1 |
| 56 | Укладка экстренной профилактики парентеральных инфекций для оказания первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи | 1 | 2 | 2 |
| 57 | Укладка универсальная для забора материалов от людей и из объектов окружающей среды для исследования на инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих | 1 | 0,5 | 0,5 |
| 58 | Тонометр транспальпебральный для измерения внутриглазного давления | 1 | 2 | 2 |
| 59 | Аппарат для измерения артериального давления | 1 | 4 | 4 |
| 60 | Светильник медицинский передвижной (предусматривается для ФАПа при наличии должности акушерки | не менее 1 | 1 | 0 |
| 61 | Набор гинекологических инструментов (предусматривается для ФАПа при наличии должности акушерки) | не менее 1 | 1 | 0 |
| 62 | Кольпоскоп (предусматривается для ФАПа при наличии должности акушерки) | не менее 1 | 1 | 0 |
|   | ИТОГО | х | 100 | 100 |

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

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

$ОС\_{ФАП}^{j}=ОС\_{ФАП\_{НГ}}^{j}+(\frac{БНФ\_{ФАП}^{j}×КС\_{БНФ}^{j}}{12}×n\_{МЕС})$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| $$ОС\_{ФАП}^{j}$$ | фактический размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта; |
| $$ОС\_{ФАП\_{НГ}}^{j}$$ | объем средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта с начала года; |
| $$n\_{МЕС}$$ | количество месяцев, оставшихся до конца календарного года. |

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

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

**2.1.13. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации**

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (за исключением углубленной диспансеризации), включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерством здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью», и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации представлены Приложениями № 11, № 12, № 13, № 14.

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

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

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

Для осуществления аналитического контроля установить признак «мобильные комплексы» через запись в справочнике подразделений мобильных комплексов для каждой из медицинской организации, осуществляющей первичную медико-санитарную помощь передвижными мобильными медицинскими комплексами. При подаче законченного случая первого этапа диспансеризации взрослого населения в реестре счетов на оплату оказанной медицинской помощи, при выполнении услуги «маммография» или «флюорография» мобильным комплексом иной медицинской организации в полях LPU (Код МО) и LPU\_1 (Подразделение МО) указываются идентификационные данные медицинской организации, оказавшей эту услугу.

Граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно приложению № 2 к Программе.

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

В соответствии с Программой оплата углубленной диспансеризации осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи – комплексное посещение.

Тарифы на оплату углубленной диспансеризации представлены Приложением № 11.

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

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

, где:

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

При этом тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, является единым для всех медицинских организаций.

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

Проведение диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение.

**Оплата медицинской реабилитации** в амбулаторных условиях осуществляется в зависимости отзаболевания, по поводу которого проводится медицинская реабилитация (например, медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы, кардиореабилитация, медицинская реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19).

Плановый объем случаев медицинской реабилитации в амбулаторных условиях и размер соответствующих тарифов определятся, в разрезе определенных выше параметров, с учетом в том числе нормативов финансовых затрат, установленных территориальной программой.

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.

Объем средств, полученных i-той медицинской организацией за оказание медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», определяется по формуле:

$ОС\_{МРi}^{АМБ}=\sum\_{}^{}\left(О\_{МР}×Т\_{МР}\right)$, где:

$ОС\_{МРi}^{АМБ}$ – объем средств, полученных i-той медицинской организацией за оказание медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях;

$О\_{МР}$ – объем комплексных посещений по профилю «медицинская реабилитация» с учетом в том числе состояния пациента и заболевания (профиля заболевания) пациента;

$Т\_{МР}$ – тариф на оплату комплексного посещения по профилю «медицинская реабилитация» для соответствующего состояния пациента и заболевания (профиля заболевания) пациента.

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

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

$ФО\_{ФАКТ}^{i}=ОС\_{ДС}^{i}+ФДП\_{Н}^{i}×Ч\_{З}^{i}+ОС\_{ФАП}^{i}+ОС\_{ИССЛЕД}^{i}+ ОС\_{НЕОТЛ}^{i}+ОС\_{ЕО}^{i}$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| $$ФО\_{ФАКТ}^{i}$$ | фактический размер финансового обеспечения i-той медицинской организации в части оказания первичной медико-санитарной помощи, рублей; |
| $$ОС\_{ДС}^{i}$$ | объем средств, направляемых на оплату первичной-медико-санитарной помощи по КСГ, оказываемой в i-той медицинской организации в условиях дневного стационара, рублей; |
| $$ОС\_{ИССЛЕД}^{i}$$ | объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19) в i-той медицинской организации, рублей;  |
| $$ОС\_{НЕОТЛ}^{i}$$ | объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в i-той медицинской организации, рублей; |
| $$ОС\_{ЕО}^{i}$$ | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в i-той медицинской организации в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам, в том числе углубленной диспансеризации (за исключением $ОС\_{ИССЛЕД}^{i}$), рублей. |

**2.1.16. Применение показателей результативности деятельности медицинской организации**

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19), углубленной диспансеризации,
а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение имеющей прикрепившихся лиц медицинской организации по подушевому нормативу, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

При этом размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу определяется по следующей формуле:

$ОС\_{ПН}=ФДП\_{Н}^{i}×Ч\_{З}^{i}+ОС\_{РД}$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ОСПН | финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, рублей; |
| ОСРД | объем средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей. |

Мониторинг достижения целевых значений показателей результативности деятельности медицинской организации проводить один раз в квартал.

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

Показатели результативности деятельности медицинских организаций и порядок расчета значений показателей представлен Приложениями № 31, № 32 к Соглашению.

Доля всех средств (Рез) направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, составляет 0,05. Размер средств на осуществление стимулирующих выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившееся население, составляет - 305 052,6тыс. рублей в год.

Коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами, заключаемыми в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативнымиправовыми актами, содержащими нормы трудового права и регулирующимисистемы оплаты труда в медицинских организациях, в том числе системыдоплат и надбавок стимулирующего характера и системы премирования,необходимо предусмотреть стимулирующие выплаты медицинскимработникам за достижение показателей результативности деятельности.

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

В случае, когда группа показателей результативности одного из блоковнеприменима для конкретной медицинской организации и (или) отчетногопериода, суммарный максимальный балл и итоговый коэффициент длясоответствующей медицинской организации могут рассчитыватьсябез учета этой группы показателей.

Каждый показатель, включенный в блок (Приложение 31 к Соглашению), оценивается в баллах, которые суммируются. Максимально возможная сумма баллов по каждому блокусоставляет:

- 25 баллов для показателей блока 1;

- 10 баллов для показателей блока 2;

- 6 баллов для показателей блока 3.

В зависимости от результатов деятельности медицинской организациипо 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 50 процентовпоказателей, II – от 50 до 70 процентов показателей, III – свыше 70 процентовпоказателей.

Порядок расчета значений показателей результативностидеятельности медицинских организаций представлен в Приложении 32 к Соглашению.

Оценка достижения значений показателейрезультативности деятельности медицинских организаций оформляетсярешением Комиссии, которое доводится до сведения медицинскихорганизаций не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

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

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

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

ОСjРД(нас) = $\frac{0,7\*ОСjРД}{Σ Числ}$ ,где:

ОСjРД(нас) 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;

ОСjРД совокупный объем средств на стимулирование медицинскихорганизаций за j-ый период, рублей;

Σ Числчисленность прикрепленного населения в j-м периоде ко всеммедицинским организациям II и III групп.

В качестве численности прикрепленного населения к конкретноймедицинской организации использовать среднюю численностьза отчетный период.

Числ𝒋𝒊 = Чмес1+Чмес2+⋯+Чмес11+Чмес12 / 12 , где

Чмес - среднегодовая численность прикрепленного населения к i-той

медицинской организации в j-м году, человек;

Чмес1- численность прикрепленного населения к i-той медицинской

организации по состоянию на 1 число первого месяца j-го года,человек;

Чмес2 - численность прикрепленного населения к i-той медицинской

организации по состоянию на 1 число второго месяца года,

следующего за j-тым, человек;

Чмес11 - численность прикрепленного населения к i-той медицинской

организации по состоянию на 1 число одиннадцатого месяца j-гогода,

человек;

Чмес12 - численность прикрепленного населения к i-той медицинской

организации по состоянию на 1 число двенадцатого месяца j-гогода,

человек.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию II и IIIгрупп за j-тый период при распределении 70 процентов от объема средствс учетом показателей результативности (ОСРД(нас)𝑖𝑗), рассчитываетсяследующим образом:

ОСРД(нас)𝑖𝑗 = ОСjРД(нас)× Числj𝑖,где

Числ𝒋𝒊 - численность прикрепленного населения в j-м периодек i-той медицинской организации II и III групп.

**2 часть** - распределение 30 процентов от объема средств с учетомпоказателей результативности за соответствующей период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организацийIII группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующимимедицинскими организациями баллов.

ОСjРД(балл) = $\frac{0,3\*ОСjРД}{Σ Балл}$ ,где

ОСjРД(балл) объем средств, используемый при распределении 30 процентовот объема средств на стимулирование медицинскихорганизаций за j-ый период, в расчете на 1 балл, рублей;

ОСjРДсовокупный объем средств на стимулирование медицинских

организаций за j-ый период, рублей;

Σ Баллколичество баллов, набранных в j-м периоде всемимедицинскими

организациями III группы.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организациюIII группы за j-тый период, при распределении 30 процентов от объема средствна стимулирование медицинских организаций (ОСРД(балл)𝑖𝑗), рассчитываетсяследующим образом:

ОСРД(балл)𝑖𝑗= ОСjРД(балл) × Баллj𝑖.где

 Балл 𝑗𝑖количество баллов, набранных в j-м периоде i-той медицинской

 организацией III группы.

Общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощис учетом показателей результативности деятельности в медицинскуюорганизацию III группы за j-тый период определяется путем суммирования1 и 2 частей, а для медицинских организаций I группы за j-тый период –равняется нулю.

Осуществление выплат стимулирующего характера в полном объеме медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, следует производить при условии фактического выполнения не менее 90 процентов установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно).

При условии выполнения медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи, Комиссия вправе применять понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат в зависимости от процента выполнения объемов медицинской помощи.

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

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

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

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

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

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

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

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

ГБУЗ РБ Белебеевская ЦРБ

ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ

ГБУЗ РБ Бирская ЦРБ

ГБУЗ РБ КБСМП г.Уфа

ГБУЗ РБ ГБ №1 г.Октябрьский

ГБУЗ РБ ГБ г.Кумертау

ГБУЗ РБ ГБ г.Нефтекамск

ГБУЗ РБ ГКБ № 1 г. Стерлитамак

ГБУЗ РБ ЦГБ г. Сибай

ГБУЗ РБ Туймазинская ЦРБ

ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г.Уфа

ГБУЗ РБ ГДКБ № 17 г.Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ № 18 г.Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г.Уфа

ГБУЗ РБ Родильный дом № 3 г. Уфа.

ГБУЗ РБ Дюртюлинская ЦРБ

ГБУЗ РБ Месягутовская ЦРБ

ГБУЗ РКВД

ГБУЗ РКИБ

ГБУЗ РКГВВ

ГБУЗ РКЦ

ГАУЗ РКОД

ГБУЗ РМГЦ

Уф НИИ ГБ АН РБ

ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова

ГБУЗ РДКБ

ГБУЗ РКПЦ

ГБУЗ РВФД

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

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

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

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

**2.1.22.**Стоимость посещения сурдолога с целью проведения диагностики тестов перед освидетельствованием МСЭК с учетом коэффициента дифференциации 1,105 складывается из стоимости оказанных медицинских услуг:

- "регистрация вызванных акустических ответов мозга на постоянные модулированные тоны (ASSR тест)", код услуги А05.25.006 – 1510,24 руб.;

- "исследование вызванной отоакустической эмиссии", код услуги А05.25.002 – 489,77 руб.

Стоимость консультативного посещения для диспансерного наблюдения пациентов после трансплантации сердца с учетом коэффициента дифференциации 1,105 складывается из стоимости:

-консультативного посещения врача-кардиолога 368,89 руб., код посещения \_02970;

-медицинской услуги «исследование уровня лекарственного препарата Такролимус в крови» 1 368,87 руб., код услуги А09.05.035.

**2.1.23. Размеры нормативов финансовых затрат на единицу объемапредоставления медицинской помощи (по Территориальной программе ОМС):**

| № п/п | Наименование по условиям оказания медицинской помощи | Нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, руб. |
| --- | --- | --- |
| 1. | Комплексные посещения для проведения профилактических осмотров | 2 242,76 |
| 2. | Комплексные посещения для проведения диспансеризации | 2 772,99 |
| 3. | Комплексные посещения для проведения углубленной диспансеризации | 1 128,41 |
| 4. | Посещения с иными целями | 366,02 |
| 5. | Посещения по неотложной медицинской помощи | 794,02 |
| 6. | Обращения в связи с заболеваниямии проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований в рамках базовой программы ОМС | 1 779,83 |
| 7. | Обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация" | 20 513,34 |
| 8. | Компьютерная томография | 2 819,08 |
| 9. | Магнитно-резонансная томография | 3 964,68 |
| 10. | УЗИ сердечно-сосудистой системы | 545,74 |
| 11. | Эндоскопические диагностические исследования | 1 023,94 |
| 12. | Молекулярно-генетические исследования  | 9 065,19 |
| 13. | Патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) | 2 241,62 |
| 14. | Тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) | 665,95 |

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

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

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

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

1) за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний);

2) 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, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, приведенных в приложении № 5 кПрограмме и в таблице 1 приложения 6 Методических рекомендаций.

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

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

* заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;
* заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, для которых Программой установлена средняя стоимость оказания медицинской помощи, в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;
* услуг диализа, включающих различные методы.

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

1. Размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации;

2. Коэффициент относительной затратоемкости;

3. Коэффициент дифференциации;

4. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи;

5. Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации;

6. Коэффициент сложности лечения пациента.

**2.2.1.1.**Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (ССксг)по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов, порядок оплаты которых установлен пунктом 2.4. настоящего Соглашения определяется по следующей формуле:

$СС\_{КСГ}=БС×КД×(КЗ\_{КСГ}×КС\_{КСГ}×КУС\_{МО}+КСЛП)$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| БС | базовая ставка, рублей(приложение № 18 к Соглашению); |
| $$КЗ\_{КСГ}$$ | коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации(приложение № 19 к Соглашению); |
| $$КС\_{КСГ}$$ | коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ); |
| $$КУС\_{МО}$$ | коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент(приложение № 20 к Соглашению); |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее –­ Постановление № 462) (приложение № 2 к Соглашению); |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента(при необходимости, сумма применяемых КСЛП). |

**2.2.1.2.** Коэффициент спецификиоказания медицинской помощи (далее – коэффициент специфики) устанавливается тарифным соглашением для конкретной КСГ.

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

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

Перечень КСГ, к которым не применяются повышающие коэффициенты специфики.

|  |  |
| --- | --- |
| № КСГ | Наименование КСГ |
| st04.001 | Язва желудка и двенадцатиперстной кишки |
| st12.001 | Кишечные инфекции, взрослые |
| st16.003 | Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии |
| st27.001 | Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки |
| st27.003 | Болезни желчного пузыря |
| st27.005 | Гипертоническая болезнь в стадии обострения |
| st27.006 | Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1) |
| st27.010 | Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания |
| st30.004 | Болезни предстательной железы |
| st31.002 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) |
| st31.012 | Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей |
| st31.018 | Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы |

К КСГ, включающим оплату медицинской помощи с применением сложных медицинских технологий, в том числе при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности, а также группы с высокой долей расходов на медикаменты и расходные материалы применение понижающих коэффициентов не допускается.

КСГ, к которым не применяются понижающие коэффициенты специфики.

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

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

Для ФГУЗ "Медико-санитарная часть № 142 ФМБА России" –для всех КСГ коэффициент специфики равен **1,20**(в случае выделения объемов Комиссией).

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

**2.2.1.3.**КСЛП применяется при оказании медицинской помощи в стационарных условиях:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N | 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 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра и за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки | 0,2 |
| 4 | развертывание индивидуального поста1 | 0,2 |
| 5 | наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии2, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации | 0,6 |
| 6 | проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 1)3 | 0,05  |
| 7 | проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 2)3 | 0,47 |
| 8 | проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 3)3 | 1,16 |
| 9 | проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 4)3 | 2,07 |
| 10 | проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 5)3 | 3,49 |

1– наличие решения врачебной комиссии, указание в реестре счетов услуги B02.003.004 «Процедуры сестринского ухода за пациентом в критическом состоянии».

Случаи применения этого коэффициента подлежат 100% экспертизе.

2– наличие у пациента дополнительного диагноза (диагноза осложнения заболевания) из перечня, определенного Приложением 3 Методических рекомендаций, медицинская помощь в соответствии с которым оказывалась пациенту в период госпитализации

3 – перечень возможных операций, а также критерии отнесения соответствующих операций к уровню КСЛП определен Приложением 3 Методических рекомендаций,

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

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

**2.2.1.4.** Коэффициент уровня медицинской организацииотражает разницу в затратах медицинских организаций на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований в медицинских организациях разного уровня, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий.

В целях более эффективного распределения средств обязательного медицинского страхования коэффициенты уровня (подуровня) установлены для структурных подразделений медицинских организаций (приложение № 20 к Соглашению).

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

Перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) в стационарных условиях определен приложением 7 Методических рекомендаций.

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

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

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

**2.2.3**.Формирование групп КСГ для случаев лечения пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 (st12.015-st12.019)осуществляется по коду МКБ 10 (U07.1 или U07.2) в сочетании с кодами иного классификационного критерия: «stt1»-«stt4», отражающих тяжесть течения заболевания, или «stt5», отражающим признак долечивания пациента с коронавирусной инфекцией COVID-19. Перечень кодов «stt1»-«stt5» с расшифровкой содержится на вкладке «ДКК» файла «Расшифровка групп».

Тяжесть течения заболевания определяется в соответствии с классификацией COVID-19 по степени тяжести, представленной во Временных методических рекомендациях «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации. Каждому уровню тяжести состояния соответствует отдельная КСГ st12.015-st12.018 (уровни 1-4).

Коэффициенты относительной затратоемкости по КСГ st12.016-st12.018 (уровни 2-4), соответствующим случаям среднетяжелого, тяжелого и крайне тяжелого лечения, учитывают период долечивания пациента.

Правила оплаты госпитализаций в случае перевода на долечивание:

- в пределах одной медицинской организации – оплата в рамках одного случая оказания медицинской помощи (по КСГ с наибольшей стоимостью законченного случая лечения заболевания);

- в другую медицинскую организацию – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата законченного случая лечения после перевода осуществляется по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)».Оплата прерванных случаев после перевода осуществляется в общем порядке;

- в амбулаторных условиях – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в общем порядке, определенным тарифным соглашением.

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

- для легкого течения заболевания – 12 дней;

- для среднетяжелого течения – 14 дней;

- для тяжелого течения – 17 дней;

- для крайне тяжелого течения – 24 дня;

- для долечивания – 9 дней.

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

**2.2.5.** Оплата прерванныхслучаев лечения

Оплата прерванных случаев лечения

В соответствии с Программой 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 и наоборот);

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, приведенный в Приложении № 5 к Программе и таблице 1 приложения 6 Методических рекомендаций.

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, и не соответствует критериям оплаты случая лечения по 2 КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию прерванности 2 не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по 2 КСГ по основаниям,изложенным в подпунктах 2-10 пункта 4.3 Методических рекомендаций, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4.

Приложением № 5 к Программе и таблицей 1 приложения 6 Методических рекомендаций.определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения.Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения по основаниям 1-7) по КСГ, перечисленным в Приложении № 5 к Программе и таблице 1 приложения 6 Методических рекомендаций, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основанию 8 и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям 1 - 6 и 8, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

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

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

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

Таблицей 2 Приложения 6 Методических рекомендаций определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи лечения по КСГ, не входящим в Таблицу 2 Приложения 6, не могут быть оплачены с применением вышеперечисленных размеров оплаты прерванных случаев (80% и 100%).

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 20% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ.

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

**2.2.6.** Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше, оплата случая лечения по 2 и более КСГ, оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи осуществляется в соответствии с пунктами 4.2, 4.3., 4.4. Методических рекомендаций.

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

**2.2.8.****Реанимационные КСГ.**

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

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

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

- в ГБУЗ РКЦпо КСГ st36.009 «Реинфузияаутокрови», КСГ st36.010 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация», КСГ st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация».

- в ГБУЗ РКБ имени Г.Г. Куватова по КСГ st36.009 «Реинфузияаутокрови», КСГst36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация».

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

- ГБУЗ РБ Родильный дом № 3 по КСГ st36.009 «Реинфузия аутокрови»;

- ГБУЗ РКИБ по КСГ st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация»;

- ГБУЗ РБ КБСМП г.Уфа по КСГ st36.009 «Реинфузия аутокрови».

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2) 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, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, согласно Приложению N 5 к Программе.

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

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

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

- социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения);

- услуг диализа, включающих различные методы.

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

1. Размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации;

2. Коэффициент относительной затратоемкости;

3. Коэффициент дифференциации;

4. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи;

5. Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации;

6. Коэффициент сложности лечения пациента.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (ССксг) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов, порядок оплаты которых установлен пунктом 2.4. настоящего Соглашения определяется по следующей формуле:

$СС\_{КСГ}=БС×КД×(КЗ\_{КСГ}×КС\_{КСГ}×КУС\_{МО}+КСЛП)$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| БС | базовая ставка без учета коэффициента дифференциации, рублей(приложение № 18 к Соглашению); |
| $$КЗ\_{КСГ}$$ | коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации(приложение № 24 к Соглашению); |
| $$КС\_{КСГ}$$ | коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен для данной КСГ); |
| $$КУС\_{МО}$$ | коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент; |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее –­ Постановление № 462).Данный коэффициент используется в расчетах в том числе в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации, в том числе для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований(приложение № 2 к Соглашению); |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента. |

На территории Республики Башкортостан коэффициент уровня медицинской организации в условиях дневного стационара не установлен. При расчете стоимости одного случая лечения в условиях дневного стационара значение параметра **коэффициента уровня принимается равным 1;**

 Коэффициент сложности лечения пациента в условиях дневного стационара не установлен. При расчете стоимости одного случая лечения в условиях дневного стационара значение параметра **КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.**

В целях приведения стоимости медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара к финансовому нормативу Программы РБ применять понижающий коэффициент специфики - **0,8** ко всем КСГ, за исключением КСГ профилей ds19 «Онкология», ds08 «Детская онкология», КСГ ds02.008 - ds02.011 для случаев проведения экстракорпорального оплодотворения, ds18.003 «Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа», ds36.006 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения», ds36.007 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции».

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

**2.3.2.** Оплата прерванных случаев лечения

В соответствии с Программой 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 и наоборот);

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, установленным в Приложении № 5 к Программе и таблице 1 приложения 6 Методических рекомендаций.

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, и не соответствует критериям оплаты случая лечения по 2 КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию прерванности 2 не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по 2 КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2-10 пункта 4.3 Методических рекомендаций, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4.

Приложением № 5 к Программе и таблицей 1 приложения 6 Методических рекомендаций.определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения по основаниям 1-7) по КСГ, перечисленным в Приложении № 5 к Программе и таблице 1 приложения 6 Методических рекомендаций, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основанию 8 и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям 1 - 6 и 8, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

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

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

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

Таблицей 2 Приложения 6 Методических рекомендаций определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи лечения по КСГ, не входящим в Таблицу 2 Приложения 6, не могут быть оплачены с применением вышеперечисленных размеров оплаты прерванных случаев (80% и 100%).

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 20% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ.

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

**2.3.3.**Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше, оплата случая лечения по 2 и более КСГ, оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи осуществляется в соответствии с пунктами 4.2, 4.3., 4.4. Методических рекомендаций.

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

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

ГАУЗ РКОД МЗ РБ

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

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

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

В рамках проведения процедуры ЭКО в соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий выделяются следующие этапы:

1. Стимуляция суперовуляции;

2. Получение яйцеклетки;

3. Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;

4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

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

Отнесение к КСГ случаев проведения ЭКО осуществляется на основании иных классификационных критериев «ivf1»-«ivf7», отражающих проведение различных этапов ЭКО.

В случае, если базовая программа ЭКО была завершена по итогам I этапа (стимуляция суперовуляции) («ivf2»), I-II этапов (получение яйцеклетки) («ivf3»), I-III этапов (экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов («ivf4»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.009 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2)».

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

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

В случае, если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов («ivf1»), случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.008 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)».

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

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет 1 день.

**2.4.Особенности оплаты случаев лечения по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов.**

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

$СС\_{КСГ}=БС×КЗ\_{КСГ}×\left(\left(1-Д\_{ЗП}\right) +Д\_{ЗП}×КС\_{КСГ}×КУС\_{МО}×КД\right)+БС×КД×КСЛП$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| БС | размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей; |
| $$КЗ\_{КСГ}$$ | коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации; |
| $$Д\_{ЗП}$$ | доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (значение, к которому применяется КД, КС и КУС); |
| $$КС\_{КСГ}$$ | коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ); |
| $$КУС\_{МО}$$ | коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент; |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462; |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента. |

**Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ**

| № КСГ | Наименование КСГ | Доля |
| --- | --- | --- |
| **Круглосуточный стационар** |
| st19.084 | Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 2) | 87,08% |
| st19.085 | Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 3) | 88,84% |
| st19.086 | Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 4) | 87,05% |
| st19.087 | Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 5) | 88,49% |
| st19.088 | Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 6) | 46,03% |
| st19.089 | Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 7) | 26,76% |
| st19.105 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1) | 55.63% |
| st19.106 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2) | 41.67% |
| st19.107 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3) | 23,71% |
| st19.108 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4) | 18,75% |
| st19.109 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5) | 32,50% |
| st19.110 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6) | 8,76% |
| st19.111 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7) | 7,11% |
| st19.112 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8) | 7,77% |
| st19.113 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9) | 5,84% |
| st19.114 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) | 5,79% |
| st19.115 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11) | 7,27% |
| st19.116 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12) | 5,90% |
| st19.117 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13) | 3,32% |
| st19.118 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) | 2,15% |
| st19.119 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15) | 1,55% |
| st19.120 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16) | 1,19% |
| st19.121 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17) | 0,69% |
| st19.094 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1) | 75,89% |
| st19.095 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 2) | 75,89% |
| st19.096 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 3) | 75,89% |
| st19.097 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1) | 28,29% |
| st19.098 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 2) | 46,99% |
| st19.099 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 3) | 57,29% |
| st19.100 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4) | 4,98% |
| st19.101 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5) | 15,77% |
| st19.102 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 6) | 24,83% |
| st19.122 | Поздний пострансплантационный период после пересадки костного мозга | 59,05% |
| st06.004 | Лечение дерматозов с применением наружной терапии | 97,47% |
| st06.005 | Лечение дерматозов с применением наружной терапии, физиотерапии, плазмафереза | 98,49% |
| st06.006 | Лечение дерматозов с применением наружной и системной терапии | 99,04% |
| st06.007 | Лечение дерматозов с применением наружной терапии и фототерапии | 98,00% |
| st12.015 | Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1) | 93,88% |
| st12.016 | Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2) | 66,53% |
| st12.017 | Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3) | 68,28% |
| st12.018 | Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4) | 77,63% |
| st20.010 | Замена речевого процессора | 0,74% |
| st36.013 | Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1) | 0.00% |
| st36.014 | Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 2) | 0.00% |
| st36.015 | Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 3) | 0.00% |
| st36.016 | Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции | 8,60% |
| st36.017 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1) | 32,68% |
| st36.018 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2) | 18,82% |
| st36.019 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3) | 6,00% |
|  | **Дневной стационар** |  |
| 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% |
| ds19.080 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1) | 19,12% |
| ds19.081 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2) | 8,79% |
| ds19.082 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3) | 25,89% |
| ds19.083 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4) | 23,50% |
| ds19.084 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5) | 3,14% |
| ds19.085 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6) | 2,04% |
| ds19.086 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7) | 6,59% |
| ds19.087 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8) | 11,06% |
| ds19.088 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9) | 15,08% |
| ds19.089 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) | 14,91% |
| ds19.090 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11) | 22,35% |
| ds19.091 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12) | 9,99% |
| ds19.092 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13) | 8,49% |
| ds19.093 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) | 5,64% |
| ds19.094 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15) | 2,82% |
| ds19.095 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16) | 5,84% |
| ds19.096 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17) | 0,23% |
| ds19.058 | Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 1) | 78,38% |
| ds19.060 | Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 3) | 82,64% |
| ds19.061 | Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 4) | 31,86% |
| ds19.062 | Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 5) | 16,69% |
| ds19.067 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1) | 51,06% |
| ds19.068 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 2) | 51,06% |
| ds19.069 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 3) | 51,06% |
| ds19.070 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 4) | 51,06% |
| ds19.071 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1) | 4,13% |
| ds19.072 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 2) | 12,75% |
| ds19.073 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 3) | 22,53% |
| ds19.074 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4) | 31,49% |
| ds19.075 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5) | 0,42% |
| ds19.076 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 6) | 1,56% |
| ds19.077 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 7) | 4,36% |
| ds19.078 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 8) | 7,65% |
| ds20.006 | Замена речевого процессора | 0,23% |
| ds36.007 | Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции | 1,83% |
| ds36.008 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1) | 5,85% |
| ds36.009 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2) | 5,43% |
| ds36.010 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3) | 8,94% |

**2.5. Оплата оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования**

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

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень). В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

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

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

Для КСГ st37.001-st37.013, st37.021-st37.023 в стационарных условиях и для КСГ ds37.001-ds37.008, ds37.015-ds37.016 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Шкала реабилитационной маршрутизации установлена порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н.

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

С 2022 года стоимость КСГ, предусматривающих медицинскую реабилитацию пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (st37.001-st37.003, ds37.001-ds37.002) увеличенас учетомвозможности применения ботулинического токсина.

При этом введение ботулинического токсина для данных КСГ не является обязательным. Также в целях учета случаев лечения с применением ботулинического токсина добавлены иные классификационные критерии «rbb2»-«rbb5», соответствующие оценке по шкале реабилитационной маршрутизации в сочетании с применением ботулинического токсина.

**2.6.2.**Перечень медицинских организаций, оказывающих **медицинскую реабилитациюв стационарных условиях:**

ГБУЗ РКБ имени Г.Г. Куватова

ГБУЗ РКЦ

ГБУЗ РДКБ

ГБУЗ РКГВВ

ГБУЗ РБ КБСМП г. Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ № 5 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ № 8 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГБ № 13 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГДКБ № 17 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ № 18 г. Уфа

ЧУЗ «КБ «РЖД - Медицина» г. Уфа»

ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ

ГБУЗ РБ ГБ г. Кумертау

ГБУЗ РБ Месягутовская ЦРБ

ГБУЗ РБ ГБ г. Нефтекамск

ГБУЗ РБ ГБ №1 г. Октябрьский

ГБУЗ РБ ЦГБ г.Сибай

ГБУЗ РБ ГКБ № 1г.Стерлитамак.

ГБУЗ РБ Учалинская ЦГБ

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

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

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

ГАУЗ РБ «Санаторий для детей НУР г. Стерлитамак»

ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 2 г. Уфа

ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 3 г. Уфа

ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 4 г. Уфа

ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 5 г. Уфа

ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 6 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ № 5 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ № 8 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГДКБ № 17 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ № 18 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГБ №1 г. Октябрьский

ГБУЗ РБ Туймазинская ЦРБ

ГБУЗ РБ Месягутовская ЦРБ

ГБУЗ РБ ГКБ Демского района г.Уфы

ЧУЗ «КБ «РЖД - Медицина» г. Уфа»

ГБУЗ РДКБ

ГБУЗ РКГВВ

ГБУЗ РВФД

ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ

**2.7.Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа.**

**2.7.1.**При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата осуществляется:

- в амбулаторных условиях за услугу диализа,

- в условиях дневного стационара – по КСГ для оплаты услуг диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание,или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи,

- в стационарных условиях – по КСГ для оплаты услуг диализатолько в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Учитывая единственный, законодательно установленный, способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара –случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество услуг в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения(в среднем 13 услуг экстракорпорального диализа, 12-14 сеансов экстракорпорального гемодиализа в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальномдиализе в течение месяца),. В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ГАУЗ РКОД МЗ РБ

ГБУЗ РБ ГКБ №21 г. Уфа

ООО "МД Проект 2010"

ГБУЗ РБ Нефтекамская ЦРБ

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

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

ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова

ГБУЗ РДКБ

ООО "Лаборатория Гемодиализа"

ООО "Медсервис" г. Салават

ГБУЗ РБ Чишминская ЦРБ

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

Применение коэффициента дифференциации к стоимости услуги осуществляется с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи.

Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопустимо.

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

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

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

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

\*- Для группы МКБ Е10.0, Е11.0, Е12.0, Е13.0, Е14.0 («Сахарный диабет с комой») и Е10.1, Е11.1, Е12.1, Е13.1, Е14.1 («Сахарный диабет с кетоацидозом»).

 по показаниям возможно выполнение следующих услуг диализа:

 A18.05.003.001 Гемофильтрация крови продленная;

 A18.05.006.001 Селективная гемосорбциялипополисахаридов.

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

ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова

ГБУЗ РКЦ

ГБУЗ РБ КБСМП г.Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ №18 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГБ г. Нефтекамск.

ГБУЗ ГКБ № 1 г. Стерлитамак

ГБУЗ РБ ГБ №2 г.Стерлитамак

ГБУЗ РКИБ

ГБУЗ РДКБ

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

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

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии учтены, в том числе нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются).

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

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

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

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

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

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

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

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

по подушевому нормативу финансирования;

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

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

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

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи (ПнБАЗ), рассчитывается в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

Дифференцированный подушевой норматив финансированияСМП рассчитывается с учетом применения коэффициента специфики оказания скорой медицинской помощи и коэффициент дифференциации i-той медицинской организации по следующей формуле:

$ДПн^{i}=Пн\_{БАЗ}×КС\_{СМП}^{i}×КД\_{}^{i}$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ДПнi | дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей; |
| $$КС\_{СМП}^{i}$$ | коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи i-той медицинской организацией; |
| $$КД\_{}^{i}$$ | коэффициент дифференциации i-той медицинской организации. (приложение № 2 к Соглашению). |

Коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи определяется для каждой медицинской организации по следующей формуле:

$$КС\_{СМП}^{i}=КД\_{ПВ}×КУ\_{МО}×КД\_{ПН}, где:$$

|  |  |
| --- | --- |
| $$КС\_{СМП}^{i}$$ | коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи; |
| КДПВ | половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации (приложение № 4 к Соглашению; |
| КУiМО | коэффициент уровняi-той медицинской организации; |
| КДПН | коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность населения, транспортную доступность, климатические и географические особенности субъекта Российской Федерации. |

Основным фактором дифференциации является половозрастной состав прикрепившегося населения, в соответствии с которым рассчитывается коэффициент специфики оказания медицинской помощи.

Размер не используемых коэффициентов устанавливается в размере 1.

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

$ПК=\frac{Пн\_{БАЗ}×Ч\_{З}×КД}{\sum\_{i}^{}(ДПн^{i}×Ч\_{З}^{i})}$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| *base_1_217556_72* | численность застрахованных лиц, обслуживаемых i-той медицинской организации, человек. |

 На 2022 год поправочный коэффициент финансирования скорой медицинской помощи рассчитан в размере 1,00042.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации (ФДПн) рассчитывается по формуле:

$ФДПн^{i}=ДПн^{i}×ПК$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| base_1_217556_74 | фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей. |

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

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

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

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

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

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

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

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

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ФОСМП | размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей; |
| ФДПнi | фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей; |
| ЧзПР | численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек; |
| ОСВ | размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам за вызов, рублей. |

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

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

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

| Профиль бригады | Базовый норматив финансовых затрат на единицу объема СМП (без учета Кдиф = 1,109) | Стоимость выполненного вызова (руб.) |
| --- | --- | --- |
| коэффициенты, применяемые для определения стоимости единицы объема |
| без учета К дифференциации | с К дифференциации 1,105 | с К дифференциации 2,015 |
| Коэффициент  | Стоимость  | Коэффициент  | Стоимость  | Коэффициент  | Стоимость  |
| В рамках базовой программы |  |   |   |   |   |   |   |
| Линейная врачебная | 2 893,94 | 1,09485 | 3 168,43 | 1,105 | 3 501,12 | 2,015 | 6 384,39 |
| Линейная фельдшерская | 2 893,94 | 0,96630 | 2 796,41 | 1,105 | 3 090,03 | 2,015 | 5 634,77 |
| Неврологическая | 2 893,94 | 1,86295 | 5 391,27 | 1,105 | 5 957,35 |   |   |
| Реанимационная | 2 893,94 | 1,94556 | 5 630,33 | 1,105 | 6 221,51 |   |   |
| Кардиологическая | 2 893,94 | 1,74775 | 5 057,88 | 1,105 | 5 588,96 |   |   |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) в амбулаторных условиях:

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

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

2) в дневном и круглосуточном стационаре:

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

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

- в условиях дневного стационара – 11 дней,

- в условиях круглосуточного стационара – 15 дней.

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

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

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

A50 Врожденный сифилис:

A50.0 Ранний врожденный сифилис с симптомами

A50.1 Ранний врожденный сифилис скрытый

A50.2 Ранний врожденный сифилис неуточненный

A50.3 Позднее врожденное сифилитическое поражение глаз

A50.4 Поздний врожденный нейросифилис (ювенильный нейросифилис)

A50.5 Другие формы позднего врожденного сифилиса с симптомами

A50.6 Поздний врожденный сифилис скрытый

A50.7 Поздний врожденный сифилис неуточненный

A50.9 Врожденный сифилис неуточненный

A51 Ранний сифилис:

A51.0 Первичный сифилис половых органов

A51.1 Первичный сифилис анальной области

A51.2 Первичный сифилис других локализаций

A51.3 Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек

A51.4 Другие формы вторичного сифилиса

A51.5 Ранний сифилис скрытый

A51.9 Ранний сифилис неуточненный

A52 Поздний сифилис:

A52.0 Сифилис сердечно - сосудистой системы

A52.1 Нейросифилис с симптомами

A52.2 Асимптомныйнейросифилис

A52.3 Нейросифилис неуточненный

A52.7 Другие симптомы позднего сифилиса

A52.8 Поздний сифилис скрытый

A52.9 Поздний сифилис неуточненный

A53 Другие и неуточненные формы сифилиса

A53.0 Скрытый сифилис, неуточненный как ранний или поздний

A53.9 Сифилис неуточненный

A54 Гонококковая инфекция:

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

А54.1 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированиемпериуретральных и придаточных желез

A54.2 Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов

A54.3 Гонококковая инфекция глаз

A54.4 Гонококковая инфекция костно-мышечной системы

A54.5 Гонококковый фарингит

A54.6 Гонококковая инфекция аноректальной области

A54.8 Другие гонококковые инфекции

A54.9 Гонококковая инфекция неуточненная

A55 Хламидийнаялимфогранулема (венерическая)

A56 другие хламидийные болезни, передающиеся половым путем:

Включено: болезни, передающиеся половым путем, вызванные Chlamydiatrachomatis

A56.0 Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта

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

A56.2 Хламидийная инфекция мочеполового тракта неуточненная

A56.3 Хламидийная инфекция аноректальной области

A56.4 Хламидийный фарингит

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

А57 – Шанкроид. Мягкий шанкр

A58 Паховая гранулема

A59 Трихомоноз:

A59.0 Урогенитальный трихомоноз

A59.8 Трихомоноз других локализаций

A59.9 Трихомоноз неуточненный

A60 Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция (herpesSimplex):

A60.0 Герпетические инфекции половых органов и мочеполового тракта

A60.1 Герпетические инфекции перианальных кожных покровов и прямой кишки

A60.9 Аногенитальная герпетическая инфекция неуточненная

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

A63.0 Аногенитальные (венерические) бородавки

A63.8 Другие уточненные заболевания, передающиеся преимущественно половым путем

А64 Болезни, передающиеся половым путём, неуточнённые

МИКОЗЫ (В35-В49):

B37 Кандидоз

B37.3 Кандидоз вульвы и вагины

B37.4 Кандидоз других урогенитальных локализаций

B37.9 Кандидоз неуточненный

ОТКЛОНЕНИЯ ОТ НОРМЫ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВИ, ПРИ ОТСУТСТВИИ УСТАНОВЛЕННОГО ДИАГНОЗА **(**R70-R79):

R76.2Ложноположительная серологическая проба на сифилис

R76.8Другие уточненные отклонения от нормы, выявленные при иммунологическом исследовании сыворотки

ОБРАЩЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ОБСЛЕДОВАНИЯ (Z00-Z13):

Z01.8Другое уточненное специальное обследование

Z02.0 Обследование в связи с поступлением в учебные заведения

Z02.2Обследование в связи с поступлением в учреждение длительного пребывания

Z02.3Обследование призывников в вооруженные силы

Z02.5 Обследование в связи с занятием спортом

Z02.8Другие обследования в административных целях

Z04.4 Обследование и наблюдение при заявлении об изнасиловании или совращении

Z04.8Обследование и наблюдение по другим уточненным поводам

Z09.8 Последующее обследование после другого вида лечения по поводу других состояний

Z11.3 Специальное скрининговое обследование с целью выявления инфекций, передающихся преимущественно половым путем

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

Z20.2 Контактс больным и возможность заражения инфекционной болезнью, передаваемой преимущественно половым путем

Z22.4 Носительство возбудителей инфекционныхболезней, передаваемых преимущественно половым путем

Z29.2Другой вид профилактической химиотерапии

ОБРАЩЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СВЯЗИ С ДРУГИМИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМИ (Z70-Z76)

 Z71.2 Обращение за разъяснениями результатов исследования

ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ, СВЯЗАННАЯ С ЛИЧНЫМ И СЕМЕЙНЫМ АНАМНЕЗЕМИ ОПРЕДЕЛЕННЫМИ СОСЧТОЯНИЯМИ, ВЛИЯЮЩИМИ НА ЗДОРОВЬЕ

Z86.1 В личном анамнезе инфекционные и паразитарные болезни

**2.10.5.**Оплата **паллиативноймедицинской помощи**осуществляется:

1) в амбулаторных условиях:

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

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

2) в круглосуточном стационаре:

- по персонифицированным реестрам счетов за фактические койко-дни.

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

При формировании реестров счетов оказанной паллиативной помощи в основном диагнозе указывается код МКБ-10 (Z51.5), в сопутствующем диагнозе указывается код заболевания по МКБ-10 до знака после точки, **обусловившего** паллиативное состояние.

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

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

**2.10.6.** Оплата мероприятия по обеспечению фельдшерско-акушерских пунктов в целях оплаты услуг связи (плата за предоставление доступа и использование линий связи, передачу данных по каналам связи) осуществляется по нормативу финансовых затрат на услугу связи по предоставлению доступа в сеть «Интернет».

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

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

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

**2.11. Оплата медицинской помощи в рамках межучережденческих и межтерриториальных расчетов.**

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Республики Башкортостан (далее – проведение межтерриториальных расчетов), осуществляется в соответствии с тарифами, установленными приложением № 29к Соглашению.

Межучрежденческие расчеты могут осуществлять с использованием двух моделей организации оплаты:

- через страховую медицинскую организацию (по тарифам для проведения межучрежденческих, в том числе межтерриториальных, расчетов, установленным тарифным соглашением);

- в рамках гражданско-правовых договоров между медицинскими организациями без участия страховой медицинской организации (заключение гражданско-правовых договоров на общих основаниях, предусмотренных Гражданским кодексом).

В случае если взаиморасчеты осуществляются страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждую выполненную единицу объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай) с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. Страховые медицинские организации осуществляют оплату услуг на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, уменьшается на объем средств, перечисленных за выполнение исследований по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**3.2.** Коэффициенты дифференциации для медицинских организаций Республики Башкортостан на 2022 год, рассчитанные в соответствии с постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462 учитывающий районный коэффициент к заработной плате и процентную надбавку к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР, в том числе для расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований устанавливаются приложением № 2 к Соглашению.

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

 **3.4.** Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 тыс. 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 на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию сформированы в соответствии с принятыми в территориальной программе обязательного медицинского страхования способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

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

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

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

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

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

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

**3.5.** Оплата расходов медицинских организаций в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу (за исключением расходов в части оказания высокотехнологичной медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС), осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

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

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

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

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

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

 - в амбулаторных условиях – 5 848,59руб., исходя из расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях 23 170 738,619тыс. руб.;

 - в стационарных условиях – 6 585,73руб., исходя из расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях 26 091 124,977руб. (с учетом высокотехнологичной медицинской помощи и медицинской реабилитации);

 - в условиях дневного стационара – 1 726,05руб., исходя из расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара 6 838 205,254тыс. руб.;

 - вне медицинской организации при оказании скорой медицинской помощи – 911,85руб., исходя из расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации 3 612 529,255тыс. руб.

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

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

**4.2.** В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные статьей41Федерального закона, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

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

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

С = Н + Сшт, где:

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

Сшт- размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

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

Н = РТ х Кно, где:

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

Кно - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с Перечнем оснований неоплаты, неполной оплаты оказания медицинской помощи, штрафов (Приложение № 32 к Соглашению).

В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены (пункт 2.16.1. Перечня оснований), страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

**4.5.**Согласно пункту 155 Правил ОМС размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества $(С\_{шт})$, рассчитывается по формуле:

$С\_{шт}=РП×К\_{шт}$, где:

$С\_{шт}$ – размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

РП – установленный тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от условий оказания медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи;

$К\_{шт}$ – коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП.

Размеры подушевых нормативов финансированияв рамках базовой программы ОМС, используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи представлены следующей таблицей:

| Условия оказания медицинской помощи: | Размеры подушевых нормативов финансирования, используемые при определении размера штрафа\* |
| --- | --- |
| ПГГ РБ 2022 год | без учета К дифференциации | с К дифференциации 1,105 | с К дифференциации 2,015 |
| - в амбулаторных условиях  | 5 885,50 | 5 307,04 | 5 864,28 | 10 693,69 |
| - скорая медицинская помощь | 930,72 | 839,24 | 927,36 | 1 691,07 |
| - в стационарных условиях, в том числе при оказании ВМП | 6 905,34 | 6 226,64 | 6 880,44 | 12 546,68 |
| - в условиях дневного стационара, в том числе при оказании ВМП | 1 769,86 | 1 595,91 | 1 763,48 | 1. 215,76
 |

\*- применять с 1 марта 2022 года.

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

**V. Заключительные положения.**

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

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

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

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

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

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

**5.5.** Неотъемлемой частью Соглашения являются:

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

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

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

Коэффициенты дифференциации с учетом половозрастныхзатратна 2022год(Приложение № 4 к Соглашению);

Коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, расходов на их содержание и оплату труда персонала (Приложение № 5 к Соглашению);

 Стоимость одного посещения медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями (Приложение № 6 к Соглашению);

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

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

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

Стоимость лечебно-диагностических услуг (Приложение № 10 к Соглашению);

Стоимость 1 комплексного посещения при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения (Приложение № 11 к Соглашению);

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

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

Стоимость 1 комплексного посещения при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (Приложение № 14 к Соглашению);

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

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

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях (Приложение № 17 к Соглашению);

Базовая ставка финансового обеспечения специализированной медицинской помощи (Приложение № 18 к Соглашению);

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

Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи (Приложение № 20 к Соглашению);

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

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

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

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

|  |
| --- |
| Тариф и структура тарифов на услуги гемодиализа и перитониального диализа (Приложение № 25 к Соглашению);Коэффициенты дифференциации для расчета подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на прикрепившихся, в соответствии с зонами обслуживания лиц (Приложение № 26 к Соглашению);Стоимость одного выполненного вызова бригады скорой медицинской помощи в зависимости от профиля (Приложение № 27 к Соглашению);Тарифы медицинской помощи в рамках дополнительного финансового обеспечения организации медицинского страхования на территории Республики Башкортостан на 2022 год(Приложение № 28 к Соглашению);Стоимость лабораторных и диагностических услуг при осуществлении расчетов между медицинскими организациями в сфере ОМС(Приложение № 29 к Соглашению);Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшение оплаты медицинской помощи) (Приложение № 30 к Соглашению);Показатели результативности деятельности медицинских организаций(Приложение № 31 к Соглашению);Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций (Приложение № 32 к Соглашению);**5.6.** Настоящее Соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению Сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме, путем заключения дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Соглашения. Стороны принимают на себя обязательства выполнять настоящее Соглашение.В случае возникновения споров по настоящему Соглашению Стороны принимают меры по их разрешению путем переговоров между собой.Разъяснения по применению настоящего Соглашения дает Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан, в части нормативных документов, принятых Министерством здравоохранения Республики Башкортостан – Министерство здравоохранения Республики Башкортостан. **5.7.** Настоящее Соглашение вступает в силу с 01 января 2022 года, и действует до принятия нового Тарифного соглашения. |

**ПОДПИСИ СТОРОН:**

Министерство здравоохранения

Республики Башкортостан:

Заместитель Премьер-министра

Правительства Республики Башкортостан –

министр здравоохранения М.В. Забелин

Территориальный фонд

обязательного медицинского страхования

Республики Башкортостан:

Директор Ю.А. Кофанова

Республиканская организация

Башкортостана профсоюза

работников здравоохранения

Российской Федерации:

Председатель Р.М. Халфин

Национальная Медицинская

Палата Республики Башкортостан

И.о. председателя А.Р. Байтимеров

Страховые медицинские организации:

Директор Уфимского филиала

АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Д.Т.Фарахова

Директор Уфимского филиала ООО

«СМК РЕСО-Мед» Р.М. Юсупова