**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**

**по оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования на территории Республики Тыва на 2026 год**

г. Кызыл 30.12.2025г.

**I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

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

Мы, нижеподписавшиеся, представители органов исполнительной власти Республики Тыва, в лице министра здравоохранения Республики Тыва Югай А.К., представители Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Тыва, в лице исполняющего обязанности директора Полежаева Т.И., представители страховых медицинских организаций, в лице исполняющего обязанности директора Административного Структурного Подразделения Общества с ограниченной ответственностью «Капитал МС» - Филиал в Республике Тыва Сат Э.Д., представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов), в лице председателя правления общественной организации «Медицинская палата Республики Тыва» Канчыыр-оол А.А., представители профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), в лице председателя Тувинского республиканского органа Профсоюза работников здравоохранения РФ Ондар Д.О., являющиеся членами Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Тыва (далее - при совместном упоминании именуемые – Стороны), заключили настоящее Тарифное соглашение об оплате медицинской помощи в соответствии с:

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

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

- постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025г. №2188 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» (Программа);

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025г. №496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (Правила ОМС);

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023г. №44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (Требования);

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.08.2025г. №470н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;

- Законом Республики Тыва от 10.12.2025г. №74-ЗРТ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Тыва на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов»;

- постановлением Правительства Республики Тыва от.12.2025г. № «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Тыва на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов»;

- Распоряжением Правительства Республики Тыва от 03.11.2021г. №493-р «Об утверждении состава Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Тыва» (в редакции от 31.10.2025г. №528-р);

- письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от № «О формирования и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и плановый период 2027-2028 годов»;

- совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от № и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от № «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

* 1. **Предмет соглашения**
  2. Предметом настоящего Соглашения является заключение Тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования на территории Республики Тыва на 2026 год (далее – Тарифное соглашение).
  3. Настоящее Тарифное соглашение утверждает и устанавливает:

1. общие положения;

2. способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории Республики Тыва;

3. тарифы на оплату медицинской помощи;

4. размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

5. заключительные положения.

Тарифное соглашение по оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования на территории Республики Тыва на 2026 год заключено с целью реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования.

* 1. Основными задачами настоящего Тарифного соглашения, как инструмента реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования, а также тарифной политики в рамках реализации программы обязательного медицинского страхования и развития здравоохранения Республики Тыва на 2026 год являются:

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

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

- реализация приоритетных направлений государственной политики:

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

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

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

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

* 1. **Ответственность сторон**

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

* 1. **Основные понятия и термины**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. В медицинских организациях системы ОМС Республики Тыва в 2026 году применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования, утверждаемой в составе программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях;

при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях;

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара;

при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации;

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

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

Способ оплаты по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи применяется при оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию.

1. Распределение объема отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, исследований молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды сцинтиграфических исследований (далее ПЭТ /КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis С virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С) между медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляется при наличии указания на соответствующие работы (услуги) в имеющейся у медицинской организации лицензии на медицинскую деятельность.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, исследований молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis С virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С) осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний в сроки, установленные Программой.

Оплата 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, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis С virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С) в амбулаторных условиях производится в пределах объемов, установленных Решением Комиссии, при наличии направления от врача, оказывающего первичную медико-санитарную, в том числе первичную специализированную помощь, в соответствии с порядком направления на такие исследования.

1. Распределение объемов медицинской помощи по проведению экстракорпорального оплодотворения осуществляется для медицинских организаций (далее – МО), выполнивших не менее 100 случаев экстракорпорального оплодотворения за предыдущий год (за счет всех источников финансирования).

Страховая медицинская организация (далее СМО) проводят экспертизу качества всех случаев экстракорпорального оплодотворения, осуществленных в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, включая оценку его эффективности (факт наступления беременности). Результаты экспертиз направляются СМО в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Тыва (далее ТФОМС Республики Тыва) и рассматриваются на заседаниях Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Тыва (Комиссия) при решении вопросов о распределении МО объемов медицинской помощи по экстракорпоральному оплодотворению.

1. Способы оплаты медицинской помощи, используемые при оплате медицинской помощи, оказываемой каждой МО, включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Республике Тыва, в разрезе условий оказания медицинской помощи, а также при необходимости видов оказываемой медицинской помощи по КСГ, форм оказания медицинской помощи, а также структурных подразделений (с указанием их количества), входящих в состав медицинской организации, приводятся в приложении к Тарифному соглашению.
2. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, производится СМО в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Договор) на основании предъявляемых медицинскими организациями счетов-реестров в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (далее - ТФОМС Республики Тыва), с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сроки, предусмотренные Договором.
3. Оплата медицинской помощи в системе ОМС, оказанной в МО застрахованным гражданам, производится в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности в пределах годовых объемов и стоимости медицинской помощи, утвержденных (скорректированных) Комиссией, и в порядке, установленном Тарифным соглашением.
4. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные Территориальной программой ОМС, распределяются решением Комиссии между МО и СМО на год, с последующей корректировкой при необходимости и обоснованности.

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

1. Формирование тарифов на медицинскую помощь, предоставляемую в рамках Территориальной программы ОМС, осуществляется ТФОМС Республики Тыва совместно с Министерством здравоохранения Республики Тыва (далее- Минздрав РТ) в соответствии с законодательством Российской Федерации и нормативами, определенными Программой государственных гарантий (далее – Программа).
2. Рассмотрение тарифов на оплату медицинской помощи, включая их структуру, осуществляется Комиссией в соответствии с законодательством Российской Федерации. Тарифы на оплату медицинской помощи утверждаются и при возможности индексируются решением Комиссии в рамках Тарифного соглашения.
3. Оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Республики Тыва, на территории которого выдан полис ОМС, осуществляются ТФОМС Республики Тыва в соответствии с пунктом 8 статьи 34 Федерального закона №326-ФЗ и Правилами ОМС.
4. ТФОМС Республики Тыва осуществляет финансирование СМО в соответствии с Договором.
5. В соответствии с частью 6 статьи 39 Федерального закона №326-ФЗ, пунктом 123 Правил ОМС оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных МО реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, по тарифам на оплату медицинской помощи.
6. По итогам года стоимость фактически оказанной медицинской помощи (услуги) в МО системы ОМС Республики Тыва, не должна превышать 100% утвержденного плана (кроме случаев, принятых решением Комиссии). Объемы медицинской помощи, выполненные в отчетном месяце сверх утвержденных плановых объемов, предъявленные медицинскими организациями, оплачиваются страховой медицинской организацией в следующем месяце, но не более суммы, предусмотренной плановой стоимостью на 1 квартал, на 1 полугодие, на 9 месяцев, на 11 месяцев и год нарастающим итогом. Расходы МО, превышающие утвержденный годовой финансовый план, не подлежат возмещению из средств ОМС.
7. Минздрав РТ сводные по МО объемные и стоимостные показатели Территориальной программы ОМС, с учетом решений Комиссии, передает в ТФОМС Республики Тыва и СМО не позднее 1 рабочего дня со дня принятия изменений.
8. Ежемесячный мониторинг выполнения Территориальной программы ОМС осуществляется Минздравом РТ, ТФОМС Республики Тыва и СМО в разрезе МО, видов, условий оказания медицинской помощи и статей затрат.
9. Компенсация затрат МО на предоставление медицинской помощи застрахованному лицу в связи с причинением вреда здоровью вследствие тяжелого несчастного случая на производстве, осуществляется из средств Фонда социального страхования Российской Федерации и не входит в Территориальную программу ОМС.
10. При изменении уровня МО в течение календарного года, вновь присвоенный уровень учитывается с первого числа месяца, следующего за месяцем присвоения.
11. В соответствии с законодательством об ОМС, расходы МО, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь стоимостью свыше 400 тысяч рублей за единицу и иные расходы, а также расходы по демонтажу зданий и сооружений и иные расходы) осуществляются за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.
12. Для организаций ведомственной и частной форм собственности, выполняющих Территориальную программу ОМС, расходы на оплату труда определяются в рамках коллективных договоров, соглашений, локальных нормативных актов в соответствии с федеральным законодательством и нормативными актами Российской Федерации, регламентирующими вопросы оплаты труда.
13. Годом проведения диспансеризации является календарный год, в котором гражданин достигает соответствующего возраста.
14. При проведении диспансеризации, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации возраст детей, не должен превышать 17 лет включительно.
15. Оплата медицинской помощи осуществляется по тарифам, действующим на дату выписки пациента. Возраст пациента для определения тарифа принимается по состоянию на дату начала лечения.
16. В случае ухудшения состояния или возникновения других заболеваний и осложнений, требующих госпитализации в специализированные отделения круглосуточного пребывания и дневные стационары других медицинских организаций, либо в МЧУ ДПО «Нефросовет», у пациентов, находящихся на хроническом диализе, оплата производится отдельно по каждому виду оказанной медицинской помощи по законченному случаю.
17. Наблюдение, патронаж за новорожденными и оказание амбулаторной и стационарной помощи детям до 3-х месяцев, при отсутствии факта страхования, оплачивает СМО, где застрахована мать (или законный представитель ребенка).
18. По всем условиям оказания медицинской помощи по профилю и по специальности «акушерство и гинекология» возраст пациента не ограничивается рамками.
19. Неотложная медицинская помощь и медицинская помощь по другим видам оказания медицинской помощи (стационар, амбулаторно-поликлиническая, дневной стационар) может оказываться одному и тому же пациенту в один день.
20. Коды заболеваний по справочнику «Международная статистическая квалификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» (далее МКБ -10), оказываемые травматологами и ортопедами, могут оказываться хирургами, в МО кожуунов. Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы №025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях", утверждаемой Минздравом России.
21. За счет средств ОМС оплачивается:

- консультирование медицинским психологом по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу ОМС: пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период;

- оказание медицинской помощи в стационарных условиях на койках сестринского ухода женщинам в период беременности, проживающим в кожуунах, отдаленных от акушерских стационаров и не имеющих прямых показаний для направления в отделения патологии беременности, но нуждающихся в медицинском наблюдении для предотвращения развития возможных осложнений (КСГ 1 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» может быть подана на оплату только МО, имеющими койки сестринского ухода).

1. Расходы на проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части медико-генетических исследований и консультаций осуществляются за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.
2. Генетическое обследование беременных женщин по выявлению (подтверждению) врожденных аномалий (пороков) развития у плода в медико-генетических консультациях (центрах) и соответствующих структурных подразделениях МО осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.
3. Утверждаются приложениями к Тарифному соглашению перечни медицинских организаций (структурных подразделений МО):

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

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

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

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

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

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

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

- оказывающих скорую медицинскую помощь (Приложение 9);

- исполнителей диагностических и лабораторных исследований, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи, в том числе медицинских организаций-исполнителей диагностических исследований, направленных на ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, к проведению таких исследований, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи (Приложение 10);

- фельдшерско-акушерских пунктов (Приложение 11).

1. Медицинским организациям, оказывающим консультативные услуги, устанавливаются тарифы согласно Приложению 48 к Тарифному соглашению. При оказании отдельных видов услуг с применением web-технологий и в режиме видео конференцсвязи (ВКС) применяются отдельные установленные тарифы. Данные услуги оплачиваются в рамках межучережденческих расчетов.
2. Установление тарифов на отдельные медицинские услуги осуществляется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017г. №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».
3. За счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение проведения патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в указанных медицинских организациях.
4. Оплата медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы ОМС, по профилю "Медицинская реабилитация", оказанной гражданам на дому, осуществляется в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по ОМС, установленным Правилами ОМС, при условии включения медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС по территориальной программе ОМС, и наличия в указанном реестре сведений об оказываемой медицинской организацией в рамках территориальной программы ОМС медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация".

При проведении в Республике Тыва медицинской реабилитации на дому установлены отдельные тарифы на оплату медицинской помощи, учитывающие в том числе расходы на приобретение медицинских изделий для предоставления пациентам для осуществления медицинской реабилитации на дому, а также транспортные расходы, расходы на проведение консультаций с применением телемедицинских технологий.

Тарифы на оплату медицинской помощи медицинской реабилитации на дому применяются только при наличии решения врачебной комиссии медицинской организации, к которой пациент прикреплен для получения первичной медико-санитарной помощи.

36. В соответствии с пунктом 191 Правил ОМС при использовании способов оплаты медицинской помощи на основе подушевого норматива финансирования санкция по коду 1.6.2 «предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании» (F014 - Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи – код 273), установленная Приложением №14 к Тарифному соглашению на 2026 год «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) на 2026 год» не подлежит оплате, но при этом не является основанием для уменьшения оплаты в рамках расчетной суммы подушевого норматива финансирования для медицинских организаций:

- имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации;  
 - имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis С virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, посещений с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение; дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями и финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов);

- оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (за исключением тромболитической терапии и медицинской эвакуации);

- имеющие фельдшерско-акушерские пункты, финансовое обеспечение которых осуществляется по способу оплаты медицинской помощи - по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации.

1. **Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях**
   1. **Основные подходы к оплате первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях**

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

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды сцинтиграфических исследований (далее ПЭТ /КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis С virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний, дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями и финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

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

- медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Республики Тыва, 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) компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, исследований молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis С virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С);

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

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

- посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая диспансерное наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний;

- медицинских услуг (медицинских вмешательств), входящих в комплексное посещение по профилактическим осмотрам, диспансеризации, диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья, диспансерному наблюдению, в случае, когда часть медицинских услуг (медицинских вмешательств) проведена и оплачена в рамках иных случаев оказания медицинской помощи (включая иные виды медицинских осмотров, случаи госпитализации в стационарных условиях и случаи лечения в условиях дневного стационара);

- дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом;

- медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями;

- медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета, и школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания;

- медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

Способ оплаты по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14.04.2025г. №202н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30.05.2025г., регистрационный №82461) (далее – Приказ № 202н).

Доабортное консультирование беременных женщин, включая консультацию психолога, в целях профилактики прерывания беременности, осуществляемое в соответствии с приказом Минздрава России от 20.10.2020г. №1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (порядок №1130н), оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования как профилактическое посещение к акушеру-гинекологу.

Медико-психологическое консультирование медицинскими психологами женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования.

Расходы на правовую, психологическую и медико-социальную помощь беременным женщинам не учитываются в стоимости территориальной программы обязательного медицинского страхования и оплачиваются за счет средств родовых сертификатов.

* 1. **Расчет объема финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях**
     1. **Расчет объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях**

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования (), устанавливаемый в соответствии с Требованиями, определяется по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Тыва, рублей; |
|  | численность застрахованного населения Республики Тыва, человек. |

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи  с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, обращений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений; |
|  | 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  в части базовой программы, комплексных посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | 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 в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами Республики Тыва, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей. |

* + 1. **Расчет базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц**

В тарифном соглашении устанавливаются:

- базовый подушевой норматив финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования;

- перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования;

- перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого нормативу финансирования.

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ПНБА3 | базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, рублей; |
|  | объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей; |
|  | объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке, рублей; |
|  | значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подрпзделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала; |
|  | значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава; |
| КД | единый коэффициент дифференциации Республики Тыва, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012г. №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). |

В базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы на финансовое обеспечение медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения) в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования за счет бюджетных ассигнований бюджета Республики Тыва.

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

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

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Тыва (), рассчитывается без учета средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, и средств на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, определяется по следующей формуле:

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ОСФАП | объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов  в соответствии с установленными Территориальной программой государственных гарантий размерами финансового обеспечения фельдшерских здравпуктов, фельдшерско-акушерских пунктов (при необходимости – за исключением медицинской помощи в неотложной форме), рублей; |
| ОСИССЛЕД | 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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis С virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С) в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
| ОСНЕОТЛ | объем средств, направляемых на оплату посещений  в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей (используется в случае принятия Комиссией решения о финансировании медицинской помощи в неотложной форме вне подушевого норматива); |
|  | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в Республике Тыва лицам (в том числе комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация»), рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии  с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе второго этапа диспансеризации, I и II этапов диспансеризации, направленной на оценку репродуктивного здоровья женщин и мужчин, и углубленной диспансеризации), рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату проведения диспансерного наблюдения, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей. |

В случае, если отдельная медицинская помощь включается в подушевой норматив финансирования (за исключением медицинской помощи, оплата которой в соответствии с Программой осуществляется за единицу объема медицинской помощи вне подушевого финансирования), но при условии невозможности проведения в конкретной медицинской организации, к которой прикреплено застрахованное лицо, данной медицинской организации (исследований или консультаций специалистов, учтенных в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц), оплата такой медицинской помощи, оказанной в других медицинских организациях осуществляется из средств подушевого норматива финансирования медицинской организации, к которой прикреплено застрахованное лицо, в соответствии с пунктом 6 настоящего раздела Тарифного соглашения.

Объем средств, направляемый на финансовое обеспечение медицинской  
помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой  
нормативами, не включает в себя средства, направляемые на оплату  
медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за единицу  
медицинской помощи застрахованным лицам за пределами Республики Тыва.

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

ОСИССЛЕД =, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | средний норматив объема медицинской помощи для проведения j-го исследования (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis С virus) в крови методом полимеразной цепной реакции лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения j-го исследования (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis С virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С) установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
|  | численность застрахованного населения Республики Тыва, человек. | |

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

ОСНЕОТЛ = НоНЕОТЛ × НфзНЕОТЛ × ЧЗ.

Средства на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплата которой согласно разделу IV Программы осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай), а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в обязательном порядке исключаются при расчете объема средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования.

Учитывая, что в соответствии с Программой оплата проведения медицинской реабилитации в амбулаторных условиях осуществляется в том числе за счет межбюджетных трансфертов из федерального бюджета, предоставляемых бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в целях более эффективного использования указанных средств оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «Медицинская реабилитация» осуществляется вне подушевого норматива финансирования – за соответствующую единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

В подушевой норматив не включаются отдельные виды расходов: на стоматологическую медицинскую помощь, медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология», на проведение отдельных видов диагностических и лабораторных исследований: на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis С virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, профилактических медицинских осмотров и 1 и 2 этапы диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, посещений с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение; дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, медицинские услуги (медицинские вмешательства), входящих в комплексное посещение по профилактическим осмотрам, диспансеризации, диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья, диспансерному наблюдению, в случае, когда часть медицинских услуг (медицинских вмешательств) проведена и оплачена в рамках иных случаев оказания медицинской помощи (включая иные виды медицинских осмотров, случаи госпитализации в стационарных условиях и случаи лечения в условиях дневного стационара) и средства, направляемые на оплату посещений в неотложной форме, расходы на медицинскую помощь, оказываемую в центрах здоровья, мобильными бригадами, хирургических вмешательств в амбулаторных условиях, средства на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «Медицинская реабилитация», услуг диализа, расходы на оплату телемедицинских консультаций, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикреплённого населения, проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования.

**1.2.3. Правила применения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи**

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской организации должны определяться дифференцированно с учетом коэффициентов специфики оказания медицинской помощи.

С учетом объективных, экономически обоснованных критериев и расчетах, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов, коэффициенты специфики могут определяться дифференцированно, в том числе в зависимости от уровня (подуровня) медицинской организации с установлением коэффициентов по каждому подуровню. При этом в соответствии с Требованиями при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц применяются следующие коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования:

1) коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных   
в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа   
и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (далее – ) (рассчитываются   
в соответствии с пунктом 1.2.5 Тарифного соглашения);

2) коэффициенты половозрастного состава (далее – ) (рассчитываются в соответствии с пунктом 1.2.4 Тарифного соглашения);

3) коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (далее – );

4) коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Тыва (далее – ).

При расчете могут учитываться плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения, а также расходы, связанные с содержанием медицинской организации, в том числе в зависимости от размера и площади медицинской организации.

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

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

- федеральные медицинские организации (за исключением образовательных организаций высшего образования);

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

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

- медицинские организации, обслуживающие только детское население.

При этом снижение общего объема средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования (по всем медицинским организациям, участвующим в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в совокупности) по сравнению с уровнем предыдущего года (в том числе за счет исключения отдельной медицинской помощи из подушевого финансирования с последующей оплатой за единицу объема медицинской помощи) недопустимо.

**1.2.4. Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации**

С целью учета различий в потреблении медицинской помощи в Республике Тыва при расчете значений коэффициента специфики оказания медицинской помощи учитываются половозрастные коэффициенты дифференциации. Половозрастные коэффициенты дифференциации рассчитываются на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, но не реже одного раза в год, и о численности застрахованных лиц за данный период, и устанавливаются в Тарифном соглашении.

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива выполняется следующий алгоритм:

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

1) до года мужчины/женщины;

2) год - четыре года мужчины/женщины;

3) пять - семнадцать лет мужчины/женщины;

4) восемнадцать – шестьдесят четыре года мужчины/женщины;

5) шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

Все лица, застрахованные в Республике Тыва в расчетном периоде, распределяются на половозрастные группы. К расчету коэффициентов дифференциации принимается численность застрахованных лиц на территории Республики Тыва, определяемая на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц на первое число первого месяца расчетного периода.

Определяются затраты на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам - на основании реестров счетов (с учетом видов и условий оказания медицинской помощи) за расчетный период в разрезе половозрастной структуры застрахованных лиц на территории Республики Тыва.

Определяется размер затрат на одно застрахованное лицо (P) в Республики Тыва (без учета возраста и пола) по формуле:

, где:

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

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

, где:

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

Рассчитываются коэффициенты дифференциации КДj для каждой половозрастной группы по формуле:

.

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

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

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

, где:

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

Таким образом, увеличение доли прикрепленного к медицинской организации населения по половозрастным группам, коэффициенты дифференциации по которым выше 1, в том числе по группам мужчин и женщин 65 лет и старше, при прочих равных будет вести к повышению значения половозрастного коэффициента дифференциации для медицинской организации.

* + 1. **Расчет значений**

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

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

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

для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, не менее 1,113;

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

При этом допустимо установление дифференцированных значений коэффициентов для разных медицинских организаций или их подразделений в зависимости от комплектности участков, обслуживаемого радиуса, плотности расселения обслуживаемого населения, транспортной доступности, иных климатических и географических особенностей территории обслуживания населения и др.

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

, где

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

* + 1. **Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования**

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Тыва (), рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской организации, рублей; |
|  | коэффициент половозрастного состава, для i-той медицинской организации; |
|  | коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации), для i-той медицинской организации (при необходимости); |
|  | коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Тыва, для i-той медицинской организации (при необходимости); |
|  | коэффициентов 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, для i-той медицинской организации; |
|  | коэффициент дифференциации, для i-той медицинской организации. |

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

Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным Приказом № 202н с учетом применения коэффициента дифференциации по Республике Тыва, рассчитанного в соответствии с Постановлением №462, к размерам финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов составляет в среднем на 2026 год:

-фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 101 до 900 жителей – 2 570,5 тыс. рублей (1 442,9 тыс. рублей по РФ x коэффициент доступности 1,043 x коэффициент дифференциации по Республике Тыва 1,708);

-фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 901 до 1500 жителей – 5 140,9 тыс. рублей (2 885,8 тыс. рублей по РФ x коэффициент доступности 1,043 x коэффициент дифференциации по Республике Тыва 1,708);

-фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1501 до 2000 жителей – 6 111,4 тыс. рублей (3 430,6 тыс. рублей по РФ x коэффициент доступности 1,043 x коэффициент дифференциации по Республике Тыва 1,708).

Способ оплаты по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Приказ №202н.

В случае не соответствия фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, к установленным размерам финансового обеспечения применяется повышающие (1,1) и понижающие (0,9) коэффициенты к соответствующему размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерского-акушерского пункта.

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

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в i-той медицинской организации; |
|  | число фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов n-типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению); |
|  | базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа; |
|  | коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом № 543н (для типов фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения определен Разделом VI Программы, устанавливается значение коэффициента равное 1). |

В случае если у фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом №202н, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года, и рассчитывается следующим образом:

, где:

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

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

В случае обслуживания фельдшерскими здравпунктами, фельдшерско-акушерскими пунктами женщин репродуктивного возраста (женщин в возрасте от 18 до 49 лет включительно), но при отсутствии в пунктах акушерок, отдельные полномочия по работе с такими женщинами могут быть возложены на фельдшера (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем).

Длительность одной консультации, связанной с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем, составляет 10 минут. Количество консультаций в год на одну женщину репродуктивного возраста составляет 1-2 консультации.

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

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризацию, включая углубленную диспансеризацию и диспансеризацию граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, – определенные группы взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), включающие работающих и неработающих граждан, обучающихся в образовательных организациях по очной форме осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021г. №404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрировано в Минюсте России 30 июня 2021г. № 64042), от 14.04.2025г. №211н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (зарегистрировано в Минюсте России 22.05.2025г. №82300), от 14.04.2025г. №212н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, учетной формы №030/У-Д/С, порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения №030/О-Д/С, порядка ее заполнения» (зарегистрировано в Минюсте России 28.05.2025г. №82387), от 21.04.2022г. №275н «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» (зарегистрировано в Минюсте России 29.04.2022г. №68366), от 15.03.2022г. №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (зарегистрировано в Минюсте России 21.04.2022г. №68288) и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

Тарифным соглашением утверждены тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов, применяемые при межучережденческих расчетах, в том числе дифференцированные в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни и использования для проведения профилактических осмотров и диспансеризации мобильных медицинских бригад.

Оплата случаев диспансерного наблюдения осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядком проведения диспансерного наблюдения, утвержденным приказом Минздрава России от 15.03.2022г. №168н.

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

В случае проведения профилактических осмотров и диспансеризации в выходные дни, мобильными медицинскими бригадами к тарифам на проведение профилактических осмотров и диспансеризации применяется повышающий коэффициент – 1,2.

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

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

Граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), включая случаи заболеваний, когда отсутствует подтверждение перенесенной коронавирусной инфекции (COVID-19) методом ПЦР-диагностики, в течение года после заболевания вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно Приложению № 5 к Программе.

По результатам углубленной диспансеризации в случае выявления хронических неинфекционных заболеваний, в том числе связанных   
с перенесенной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), гражданин   
в течение 3 рабочих дней в установленном порядке направляется   
на дополнительные обследования, ставится на диспансерное наблюдение. При наличии показаний ему оказываются соответствующее лечение и медицинская реабилитация в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также предоставляются лекарственные препараты   
в соответствии с законодательством Российской Федерации.

При необходимости для проведения медицинских исследований в рамках прохождения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной, могут привлекаться медицинские работники медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях.

Перечень исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, утвержден Приложением №6 к Программе. При невозможности проведения всех исследований в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, для проведения указанных исследований медицинским работником такой медицинской организации, осуществляется забор материала для исследования и его направление в установленном порядке в иную медицинскую организацию, в том числе федеральную медицинскую организацию. В случае отсутствия в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, врача акушера-гинеколога, врача-уролога (врача-хирурга, прошедшего подготовку по вопросам репродуктивного здоровья) данная медицинская организация привлекает к проведению диспансеризации соответствующих врачей иных медицинских организаций (в том числе на основе выездных форм их работы) с обязательным информированием гражданина о дате и времени работы этих врачей не менее чем за 3 рабочих дня до назначения даты приема (осмотра).

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации за счет средств обязательного медицинского страхования установлены с учетом в том числе расходов, связанных с использованием систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) (при проведении маммографии).

В случае оказания соответствующей медицинской помощи с использованием систем поддержки принятия врачебных решений, установленный тариф на оплату маммографии с учетом расходов, связанных с использованием систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) не должен превышать размер тарифа на оплату маммографии обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм.

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

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

base_1_217556_64, где:

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

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

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

Для медицинских организаций, имеющих в структуре мобильные медицинские бригады, устанавливаются повышающие коэффициенты в размере 1,2 к тарифам на посещения, обращения, медицинские услуги при оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами и устанавливаются отдельные тарифы на медицинские услуги, оказанные мобильными медицинскими бригадами. (Приложение 37 к Тарифному соглашению).

Мобильная медицинская бригада организуется в структуре медицинской организации (ее структурного подразделения), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, для проведения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации и оказания первичной медико-санитарной помощи населению, в том числе жителям населенных пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий (п. 2 в ред. [Приказа](consultantplus://offline/ref=92F4D24349BCEEF0C0E3A5F20CD9364299B91B12ECAC2C3BF1511A339F00E0159CBF07AD3D0A4323489F4DBA4D64AB977868F978CF165AD4LAKCJ) Минздрава России от 27.03.2019г. №164н).

Оплата случаев диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающего населения осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядком проведения диспансерного наблюдения, утвержденным приказом Минздрава России от 15.03.2022г. №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

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

Дифференциация стоимости комплексного посещения на оплату случая диспансерного наблюдения в зависимости от заболевания и, соответственно, кратности посещений (БСК, онкологические болезни, сахарный диабет и пр.) (в том числе путем установления поправочных коэффициентов) может осуществляться с учетом требований приказа Минздрава России от 15.03.2022г. №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

Приложением 2 к Программе установлены средние нормативы объема и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи   
в амбулаторных условиях по профилю «Медицинская реабилитация».

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

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

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

Плановый объем случаев медицинской реабилитации в амбулаторных условиях и размер соответствующих тарифов определен   
в разрезе определенных выше параметров с учетом в том числе нормативов финансовых затрат на соответствующую единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение по профилю «Медицинская реабилитация»), установленных Территориальной программой государственных гарантий.

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

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

,

где:

объем средств, полученных i-той медицинской организацией   
за оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях;

объем комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация» с учетом в том числе заболевания (профиля заболевания) и состояния пациента;

тариф на оплату комплексного посещения по профилю   
«Медицинская реабилитация» для соответствующего заболевания (профиля заболевания) и состояния пациента.

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

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

б) обратившихся граждан для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача Центра здоровья, направленным медицинской организацией по месту прикрепления; направленным медицинскими работниками образовательных учреждений; направленным врачом, ответственным за проведение диспансеризации.

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

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

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

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

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

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

Тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, с учетом применения различных видов и методов исследований систем, органов и тканей человека, обусловленного заболеваемостью населения установлены в Приложении 51 к Тарифному соглашению.

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

Ежедневно врачу предоставляются сведения о возможных объемах отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала), предоставляемых в конкретных медицинских организациях.

Тарифы на молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний включают расходы на оплату транспортных услуг в целях доставки диагностического материала к месту исследования и расходы на хранение образца.

В целях повышения эффективности расходования средств ОМС оплата посещений школы сахарного диабета осуществляется за единицу объема медицинской помощи вне подушевого норматива финансирования. Медицинская помощь в рамках школ сахарного диабета оплачивается за единицу объема – комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля. Тарифы установлены в расчете на 1 пациента и на 1 занятие.

***Стоимость комплексного посещения в расчете на 1 пациента***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Группа пациентов  (в среднем 10 пациентов в группе) | Стоимость, рублей | В среднем включает |
| Взрослые с сахарным диабетом 1 типа | 2 900,0 | 5 занятий продолжительностью 4 часа, а также проверка дневников самоконтроля |
| Взрослые с сахарным диабетом 2 типа | 2 512,0 | 5 занятий продолжительностью 3 часа, а также проверка дневников самоконтроля |
| Дети и подростки с сахарным диабетом | 3 300,0 | 10 занятий продолжительностью 2 часа, а также проверка дневников самоконтроля |

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

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | фактический размер финансового обеспечения i-той медицинской организации в части оказания первичной медико-санитарной помощи, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату первичной-медико-санитарной помощи по КСГ, оказываемой в i-той медицинской организации в условиях дневного стационара, рублей; |
|  | 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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis С virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С) в i-той медицинской организации, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату посещений  в неотложной форме в i-той медицинской организации, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в i-той медицинской организации  в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в Республике Тыва лицам, в том числе углубленной диспансеризации (за исключением ), рублей. |

**1.2.11. Применение показателей результативности деятельности медицинской организации, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц**

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

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

,

где:

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

Доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности, устанавливается в размере 1 процента.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций Республики Тыва проводится Комиссией, частота проведения мониторинга определяется тарифным соглашением, но не реже одного раза в квартал.

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

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

Приложением 15 к Тарифному соглашению определен перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по продушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее – показатели результативности деятельности).

Методика включает разделение оценки показателей на блоки, отражающие результативность оказания медицинской помощи – профилактические мероприятия и диспансерное наблюдение разным категориям населения (взрослому населению, детскому населению, акушерско-гинекологической помощи) в амбулаторных условиях.

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

Каждый показатель, включенный в блок (Приложение 15 к Тарифному соглашению), оценивается в баллах, которые суммируются. Методикой предусмотрена максимально возможная сумма баллов по каждому блоку, которая составляет:

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

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

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

В зависимости от результатов деятельности медицинской организации по каждому показателю определяется балл в диапазоне от 0 до 2 баллов.

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

Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по продушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц представлен в Приложении 15 к Тарифному соглашению. Оценка достижения значений показателей результативности деятельности медицинских организаций оформляется решением Комиссии, которое доводится до сведения медицинских организаций не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

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

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

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

,

где:

объем средств, используемый при распределении 70 процентов   
от объема средств на стимулирование медицинских организаций   
за j-ый период, в расчете на 1 прикрепленное лицо, рублей;

совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

численность прикрепленного населения в j-м периоде ко всем медицинским организациям II и III групп.

В качестве численности прикрепленного населения к конкретной медицинской организации используют среднюю численность за период. Например, при осуществлении выплат по итогам достижения показателей результативности ежегодно среднюю численность рассчитывается по формуле:

,

где:

среднегодовая численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации в j-м году, человек;

численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число первого месяца j-го года, человек;

численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число второго месяца года, следующего за j-тым, человек;

численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число одиннадцатого месяца j-го года, человек;

численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число двенадцатого месяца j-го года, человек.

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

***,***

где:

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

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

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

,

где:

объем средств, используемый при распределении 30 процентов   
от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 балл, рублей;

совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

количество баллов, набранных в j-м периоде всеми медицинскими организациями III группы.

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

где:

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

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

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

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

В случае, если не достигнуто снижение вышеуказанных показателей смертности прикрепленного населения (взрослого и детского) и выполнения медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи применяется понижающий коэффициент 0,8.

В случае, если в предшествующем и текущем периодах показатель смертности прикрепленного населения (взрослого и (или) детского) равен 0, а выполнение медицинской организацией 90 процентов и более указанных объемов медицинской помощи выплаты стимулирующего характера производятся без учета данного показателя.

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

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

Объем средств, предусмотренных на стимулирующие выплаты, не распределенный между медицинскими организациями II и III группы в результате применения вышеуказанных понижающих коэффициентов к размеру стимулирующих выплат, распределяется между указанными медицинскими организациями пропорционально размеру стимулирующих выплат с учетом вышеуказанных понижающих коэффициентов.

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

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

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

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, представлено в Приложении 19 к Тарифному соглашению.

За одну условную единицу трудоемкости (УЕТ) принимаются 10 минут. При этом для учета случаев лечения обязательно используется следующее правило: один визит пациента является одним посещением.

Включением медицинских услуг в Приложении 19 к Тарифному соглашению не включает возможности их оказания в стационарных условиях.

**1.2.13. Особенности оплаты медицинской помощи с применением телемедицинских технологий**

В соответствии с Программой подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях включается в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи, также возможно установление отдельных тарифов на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий для медицинских организаций, не имеющих прикрепленное население, а также для межучрежденческих и межтерриториальных расчетов, в том числе для референс-центров.

Расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий учитываются путем применения повышающего коэффициента при расчете , используемого при расчете дифференцированных подушевых нормативов в случаях оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц а для медицинских организаций, имеющих в составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию – по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату по всем видам и условиям оказания медицинской помощи.

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель объема медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (доля медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в общем объеме оказанной медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования), % | Повышающий коэффициент к коэффициенту уровня (подуровня) |
| 1% | 1,01 |
| 2% | 1,02 |
| Повышающий коэффициент прямо пропорционален доле медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (при увеличении доли оказанной медицинской помощи с применением телемедицинских услуг на 1% повышающий коэффициент увеличивается на 0,01) | |

Указанный коэффициент применяется при определении размера коэффициента уровня (подуровня) медицинской организации, применяемого при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях и по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, и, в случае его применения, отражается в тарифном соглашении.

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

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе больным с онкологическими заболеваниями, больным с гепатитом C в соответствии с клиническими рекомендациями, включая предоставление лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в соответствии с Программой применяются следующие способы оплаты:

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

- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в Приложении №8 к Программе, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа, а также за исключением случаев, когда в соответствии с Территориальной программой для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний.

Перечень заболеваний, состояний для оплаты специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях, включающий также коэффициенты относительной затратоемкости (далее – Перечень) установлен Приложением 4 к Программе и не может быть изменен при установлении тарифов в Республике Тыва, за исключением случаев выделения подгрупп в составе КСГ.

В соответствии с Перечнем сформированы перечни КСГ, используемые для оплаты медицинской помощи в стационарных условиях. Указанный перечень утвержден Приложением 21 к настоящему Тарифному соглашению.

Оплата за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, по КСГ, предусмотренным Приложением 4 к Программе, осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

* заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень видов ВМП), включенных в базовую программу, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;
* заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения по Перечню видов ВМП, не включенных в базовую программу, для которых Программой установлена средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, в случае их включения в территориальную программу обязательного медицинского страхования сверх базовой программы;
* социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения), в случае их включения в территориальную программу обязательного медицинского страхования сверх базовой программы;
* услуг диализа, включающих различные методы.

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

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

Нумерация КСГ представлена в формате четырехзначного кода, в котором первым и вторым знаком являются латинские буквы st для круглосуточного стационара, третий и четвертый знаки – это порядковый номер профиля.

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

a. Диагноз (код по МКБ 10);

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

c. Схема лекарственной терапии;

d. МНН лекарственного препарата;

e. Возрастная категория пациента;

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

g. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации; индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);

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

i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

j. Пол;

k. Длительность лечения;

l. Этап лечения, в том числе долечивание пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19, посттрансплантационный период после пересадки костного мозга;

m. Показания к применению лекарственного препарата;

n. Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;

o. Степень тяжести заболевания;

p. Сочетание нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия (например, сочетание оценки состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации с назначением ботулинического токсина).

Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ 10, являющийся основным поводом к госпитализации. Например, в случае, когда пациент, страдающий сахарным диабетом, госпитализирован в медицинскую организацию с легочной эмболией, для оплаты медицинской помощи в реестре счетов в поле «Основной диагноз» указывается легочная эмболия, в поле «Дополнительный диагноз» указывается сахарный диабет. Исключением являются случаи, осложненные сепсисом и фебрильной нейтропенией (подробности кодирования указанных состояний представлены в Приложении 24 к Тарифному соглашению).

Описание алгоритма группировки для случаев лечения, оплата которых осуществляется по КСГ, представлено в Приложении 23 к Тарифному соглашению.

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

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

, где:

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

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

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

1. Размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации;

2. Коэффициент относительной затратоемкости;

3. Коэффициент дифференциации (при наличии);

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) определяется по следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| БС | базовая ставка, рублей; |
|  | коэффициент относительной затратоемкости КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации; |
|  | коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации; |
|  | коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент; |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением №462); |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости – сумма применяемых КСЛП)  \* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице). |

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| БС | размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей; |
|  | коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации; |
|  | доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением 4 к Программе значение, к которому применяется КД, КС и КУС); |
|  | коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации; |
|  | коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент; |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии  с Постановлением №462; |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП). |

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

При расчете стоимости законченного случая лечения по КСГ для медицинских организаций центральных кожууных больниц (ЦКБ) и межкожууных медицинских центров (ММЦ) Республики Тыва к базовой ставке применяется коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников (КДзп) в размере 1,043.

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

Размер базовой ставки, определяется исходя из следующих параметров:

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

Размер базовой ставки устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории Республики Тыва, и рассчитывается по формуле:

.

СПК рассчитывается по формуле:

Если для КСГ Приложением 4 к Программе не установлена доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, значение применяется равным 1.

При расчете базовой ставки в качестве параметра Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия) может использовать сумму, характеризующую вклад коэффициента сложности лечения пациента в совокупный объем средств на оплату медицинской помощи:

,

где:

размер КСЛП, применяемый при оплате i-го случая оказания медицинской помощи в 2026 году.

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

В Программе предусмотрены средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для медицинской реабилитации и средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за исключением медицинской реабилитации. При этом базовая ставка едина для всех профилей медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (в том числе для профиля «медицинская реабилитация»). Ее расчет осуществляется на основании объема средств, предназначенного для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и оплачиваемой по КСГ (ОС), общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ (), среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ (СПК) и объема средств, запланированного для КСЛП (), для всех профилей медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, за исключением медицинской реабилитации.

Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация» осуществляется с использованием базовой ставки, рассчитанной в соответствии с вышеописанным алгоритмом.

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

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

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

Размер базовой ставки установлен в Приложении 27 к Тарифному соглашению как с учетом, так и без учета коэффициента дифференциации, рассчитанного в соответствии с Постановлением №462.

**2.1.2. Коэффициент относительной затратоемкости КСГ**

Коэффициенты относительной затратоемкости определены с учетом статей затрат, предусмотренных структурой тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, установленной Федеральным законом №326-ФЗ, выполнения целевых показателей уровня заработной платы работников медицинских организаций, предусмотренных Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012г. №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» (далее – Указ №597), медицинских изделий и лекарственных препаратов, предусмотренных клиническими рекомендациями, традиционных продуктов диетического лечебного питания и специализированных пищевых продуктов диетического лечебного и диетического профилактического питания - смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов, включенных в нормы лечебного питания, утвержденные приказом Минздрава России от 21.06.2013г. №395н «Об утверждении норм лечебного питания».

Коэффициент относительной затратоемкости определяется для каждой КСГ (Приложение 21 к Тарифному соглашению).

**2.1.3. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи**

Коэффициент специфики оказания медицинской помощи (далее – коэффициент специфики) установлен в Приложении 31 к настоящему Тарифному соглашению для конкретной КСГ.

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

Кроме этого, коэффициент специфики может быть применен в целях стимулирования медицинских организаций, а также медицинских работников (через осуществление выплат стимулирующего характера) к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий, в том числе развитию дневных стационаров в больничных учреждениях. В период перехода на оплату медицинской помощи по КСГ коэффициент специфики может применяться с целью коррекции рисков резкого изменения финансирования случаев, отнесенных к отдельным КСГ, пролеченных преимущественно в монопрофильных медицинских организациях.

Коэффициент специфики применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней (подуровней) медицинских организаций (за исключением медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административных территориальных образований).

При выделении подгрупп в составе базовой КСГ коэффициент специфики учитывается при расчете коэффициентов относительной затратоемкости выделенных подгрупп. К подгруппам в составе КСГ коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1).

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

К КСГ, начинающихся с символов st19 (профиль «Онкология»), а также st08 (профиль «Детская онкология»), коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1).

В случае применения коэффициента специфики с целью снижения рисков недофинансирования отдельных медицинских организаций в результате перехода на модель оплаты по КСГ его значение должно быть рассчитано с учетом фактических расходов на оказание медицинской помощи в рамках конкретной КСГ.

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

**КСГ, к которым не применяются понижающие коэффициенты специфики**

Таблица 1

| **№ КСГ** | **Наименование КСГ** |
| --- | --- |
| st13.002 | Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2) |
| st13.005 | Нарушения ритма и проводимости (уровень 2) |
| st13.007 | Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии  (уровень 2) |
| st15.015 | Инфаркт мозга (уровень 2) |
| st15.016 | Инфаркт мозга (уровень 3) |
| st17.001 | Малая масса тела при рождении, недоношенность |
| st17.002 | Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость |
| st17.003 | Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций |
| st21.005 | Операции на органе зрения (уровень 5) |

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**

Таблица 2

|  |  |
| --- | --- |
| № 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 |

**2.1.4. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи**

При оплате медицинской помощи учитываются уровни медицинских организаций, установленные в Приложении 28 к Тарифному соглашению.

Коэффициент уровня медицинской организации устанавливается Тарифным соглашением, принятым на территории Республики Тыва, в разрезе трех уровней медицинских организаций (за исключением городов федерального значения, где возможно установление двух уровней) дифференцированно для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций. При этом структурные подразделения медицинской организации, оказывающие медицинскую помощь соответственно в стационарных условиях, исходя из маршрутизации пациентов, могут иметь различные коэффициенты уровня медицинской организации.

При отсутствии различий в оказании медицинской помощи   
в медицинских организациях разного уровня может отказаться от установления коэффициента уровня медицинской организации при оплате медицинской помощи в стационарных условиях.

Установление индивидуального коэффициента уровня (подуровня) медицинской организации в стационарных условиях не допускается (за исключением случаев, если на территории Республики Тыва медицинскую помощь в стационарных условиях на данном уровне оказывает только одна медицинская организация).

Коэффициент уровня медицинской организации отражает 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.

Среднее значение коэффициента уровня медицинской организации составляет:

1) для медицинских организаций 1-го уровня - 0,9;

2) для медицинских организаций 2-го уровня - 1,05;

3) для медицинских организаций 3-го уровня - 1,25.

Границы значений коэффициента подуровня медицинской организации:

для медицинских организаций (структурных подразделений) 1-го уровня − от 0,8 до 1,0;

для медицинских организаций (структурных подразделений) 2-го уровня − от 0,9 до 1,2;

для медицинских организаций (структурных подразделений) 3-го уровня − от 1,1 до 1,4.

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

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | средневзвешенный коэффициент уровня медицинской организации i; |
|  | коэффициент подуровня медицинской организации j; |
|  | число случаев, пролеченных в стационарах с подуровнем j; |
|  | число случаев в целом по уровню. |

Средние значения коэффициента уровня медицинской организации для каждого последующего уровня в обязательном порядке должны превышать значения, установленные для предыдущих уровней.

В случае выделения подуровней медицинской организации соответствующие коэффициенты используются в расчетах вместо средних значений коэффициентов уровня медицинской организации ).

В целях более эффективного распределения средств обязательного медицинского страхования коэффициент уровня (подуровня) может устанавливаться не только для медицинских организаций в целом, но и для структурных подразделений медицинских организаций. С учетом объективных критериев для структурных подразделений медицинских организаций могут быть установлены разные коэффициенты уровня (подуровня) медицинской организации.

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

В целях регулирования более высокого уровня затрат на оказание медицинской помощи, частоты госпитализации по отдельным группам заболеваний, а также учета особенностей оказания медицинской помощи, предусмотрено также установление коэффициента специфики и сложности лечения пациента.

К отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается  
преимущественно на одном уровне либо имеющие высокую степень  
стандартизации медицинских технологий, и предусматривающие (в  
большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и  
лечения в различных уровнях оказания помощи (например, аппендэктомия) коэффициент уровня (подуровня) при оплате таких случаев госпитализации не применяется (принимается равным 1).

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

Таблица 3

|  |  |
| --- | --- |
| st01.001 | Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода |
| st02.002 | Беременность, закончившаяся абортивным исходом |
| st02.006 | Послеродовой сепсис |
| st02.012 | Операции на женских половых органах (уровень 3) |
| st03.002 | Ангионевротический отек, анафилактический шок |
| st04.001 | Язва желудка и двенадцатиперстной кишки |
| st09.003 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3) |
| st09.004 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4) |
| st09.008 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4) |
| st09.009 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5) |
| st09.010 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6) |
| st10.003 | Аппендэктомия, дети |
| st10.005 | Операции по поводу грыж, дети (уровень 1) |
| st14.001 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) |
| st15.005 | Эпилепсия, судороги (уровень 1) |
| st15.008 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1) |
| st15.009 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2) |
| st16.003 | Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии |
| st16.005 | Сотрясение головного мозга |
| st16.010 | Операции на периферической нервной системе (уровень 2) |
| st16.011 | Операции на периферической нервной системе (уровень 3) |
| st20.008 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4) |
| st20.009 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5) |
| st20.010 | Замена речевого процессора |
| st21.004 | Операции на органе зрения (уровень 4) |
| st21.006 | Операции на органе зрения (уровень 6) |
| st21.009 | Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ) |
| st27.001 | Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки |
| st27.003 | Болезни желчного пузыря |
| st27.005 | Гипертоническая болезнь в стадии обострения |
| st27.006 | Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1) |
| st27.010 | Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания |
| st28.004 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3) |
| st28.005 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4) |
| st29.002 | Переломы шейки бедра и костей таза |
| st29.003 | Переломы бедренной кости, другие травмы области бедра и тазобедренного сустава |
| st29.004 | Переломы, вывихи, растяжения области грудной клетки, верхней конечности и стопы |
| st29.005 | Переломы, вывихи, растяжения области колена и голени |
| st29.012 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4) |
| st29.013 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5) |
| st30.004 | Болезни предстательной железы |
| st30.008 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3) |
| st30.009 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4) |
| st30.015 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6) |
| st31.002 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) |
| st31.009 | Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1) |
| st31.010 | Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2) |
| st31.012 | Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей |
| st31.018 | Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы |
| st32.004 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4) |
| st32.010 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3) |
| st32.011 | Аппендэктомия, взрослые |
| st32.013 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1) |
| st32.014 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2) |
| st32.015 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3) |
| st36.001 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина |
| st36.007 | Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов |
| st36.009 | Реинфузия аутокрови |
| st36.010 | Баллонная внутриаортальная контрпульсация |
| st36.011 | Экстракорпоральная мембранная оксигенация |
| st36.024 | Радиойодтерапия |
| st36.027 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (инициация или замена) |
| st36.028 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1) |
| st36.029 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2) |
| st36.030 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3) |
| st36.031 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 4) |
| st36.032 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 5) |
| st36.033 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 6) |
| st36.034 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 7) |
| st36.035 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 8) |
| st36.036 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 9) |
| st36.037 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 10) |
| st36.038 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 11) |
| st36.039 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 12) |
| st36.040 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 13) |
| st36.041 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 14) |
| st36.042 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 15) |
| st36.043 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 16) |
| st36.044 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 17) |
| st36.045 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 18) |
| st36.046 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 19) |
| st36.047 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 20) |
| st37.004 | Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (6 баллов по ШРМ) |
| st37.024 | Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы |
| st37.025 | Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы |
| st37.026 | Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы и с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (сестринский уход) |

Указанный перечень является исчерпывающим.

Распределение схем сопроводительной лекарственной терапии по уровням КСЛП представлено в Приложении 17 к Тарифному соглашению.

**2.1.4. Коэффициент сложности лечения пациента**

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) устанавливается Тарифным соглашением, принятым на территории Республики Тыва, к отдельным случаям оказания медицинской помощи в соответствии с Требованиями и Приложением 17 к Тарифному соглашению.

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

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

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

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных в Приложении 17 к Тарифному соглашению, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

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

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

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

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

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

2. случаи 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 при его письменном отказе от дальнейшего лечения;

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

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

8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1–7 пункта 2.2.1. настоящего раздела Тарифного соглашения) 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 таблице 1 Приложения 20 к Тарифному соглашению.

9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и Приложением 21 к настоящим рекомендациям.

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 двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям 2-9 пункта 2.2.3. настоящего раздела Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2-4 пункта 2.2.1. настоящего раздела Тарифного соглашения.

Приложением 4 к Программе и Таблицей 1 Приложения 20 к Тарифному соглашению определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, за исключением основания, связанного с проведением лекарственной терапии при ЗНО не в полном объеме, 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 процентов от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 90 процентов от стоимости КСГ.

Таблицей 2 Приложения 20 к Тарифному соглашению определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи по КСГ, не входящим в таблицу 2 Приложения 20 к Тарифному соглашению, не могут быть оплачены с применением вышеуказанных диапазонов уменьшения размеров оплаты прерванных случаев (80 процентов и 90 процентов соответственно).

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 40 процентов   
от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 60 процентов   
от стоимости КСГ.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 7 и 9 пункта 2.2.1. настоящего раздела Тарифного соглашения, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

**2.2.2. Порядок определения полноты выполнения схемы**  
**лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше**

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем  
лекарственной терапии включает в себя наименование лекарственных  
препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае  
указания в схеме), разовую дозы препарата (фиксированная величина или в  
пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в «Группировщиках» для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1-6 пункта 2.2.1. настоящего раздела Тарифного соглашения.

В случае снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» в «Группировщиках» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии) схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным подпунктом 2.1.1 настоящего раздела Тарифного соглашения):

- снижение дозы произведено согласно инструкции по применению к химиотерапевтическому препарату или в соответствии с клиническими рекомендациями, в том числе в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- возможность смещения интервала между введениями предусмотрена клиническими рекомендациями, либо необходимость смещения возникла в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Для остальных случаев (в том числе случаев проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) классификационным критерием отнесения к КСГ служит схема sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в абзацах 1-6 подпунктом 2.1.1 настоящего раздела Тарифного соглашения.

Также схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным подпунктом 2.1.1 настоящего раздела Тарифного соглашения) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

Указанный «Группировщик» в электронном виде размещен на официальном сайте Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Тыва в сети «Интернет» в разделе «Медицинским организациям» «КСГ» «Расшифровщики КСГ КС и ДС на 2026 год».

**2.2.3. Оплата случаев по двум и более КСГ**

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

1.Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую; оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным пунктом 2.2.1. настоящего раздела Тарифного соглашения;

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

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

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

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

6. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии  
беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в  
течение 6 дней и более с последующим родоразрешением (оплата одного  
пролеченного случая по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с  
беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», st02.001 «Осложнения,  
связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение»).

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

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;

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

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

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

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

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

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

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных  
полирезистентными микроорганизмами.

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

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

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

В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи с применением метода лечения, включенного в Перечень видов ВМП (Приложение 1 к Программе), либо после оказания высокотехнологичной медицинской помощи определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения как для специализированной, так и для высокотехнологичной медицинской помощи, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

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

Отнесение случая оказания медицинской помощи к ВМП осуществляется при соответствии с наименования вида ВМП, кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным Программой перечнем видов ВМП, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения ВМП (далее – Перечень). Оплата видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

Если пациенту в момент оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «неонатология» или «детская хирургия в период новорожденности» определяются показания к проведению иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции, то данный случай оплачивается по двум (нескольким) тарифам: в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и по соответствующей КСГ в рамках специализированной медицинской помощи. Кратность применения КСГ «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции» должна соответствовать количеству введений паливизумаба для проведения иммунизации за весь период госпитализации.

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

Лечение по профилю медицинская реабилитация в условиях круглосуточного производится 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–st37.026 в стационарных условиях критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в Республике Тыва. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Шкала реабилитационной маршрутизации установлена порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020г. №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.

Случай реабилитации по КСГ (st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026) длительностью менее предусмотренного соответствующим классификационным критерием значения является прерванным и оплачивается в соответствии с пунктом 2.2.1. настоящего раздела Тарифного соглашения.

Также, при увеличении стоимости КСГ (st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025) были учтены затраты, связанные с применением роботизированных систем. При этом в целях учета случаев лечения с применением роботизированных систем были добавлены иные классификационные критерии «rbprob4», «rbprob5», «rbrob4d12», «rbrob4d14», «rbrob5d18», «rbrob5d20» включающие, в том числе оценку по шкале реабилитацирнной маршрутизации и длительность лечения.

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.

В целях учета случаев медицинской реабилитации с применением роботизированных систем и введение ботулинического токсина добавлены иные классификационные критерии «rbbprob4», «rbbprob5», «rbbrob4d14», «rbbrob5d20» включающие, в том числе оценку по шкале реабилитацирнной маршрутизации и длительность лечения.

Применение роботизированных систем и/или введение ботулинического токсина для КСГ не является обязательным.

Оплата первого этапа реабилитации при остром нарушении мозгового кровообращения, операциях на центральной нервной системе и головном мозге, переломах черепа и внутричерепной травме осуществляется с использованием коэффициента сложности лечения пациентов.

Данный коэффициент предусматривает оплату реабилитационных мероприятий при проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5-ти суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации).

КСЛП «Проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов» применяется один раз к случаю лечения, в том числе в случае, если оплата случая лечения осуществляется по двум КСГ.

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

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

Для расчета услуг диализа на территории Республики Тыва, к базовому тарифу на оплату диализа применяются коэффициенты относительной затратоемкости, представленные в Приложении 18 к Тарифному соглашению. Базовый тариф на оплату диализа представлен в Приложении 26 к Тарифному соглашению. Стоимость услуг диализа с применением коэффициентов затратоемкости представлен в Приложении 46 к Тарифному 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 не допускается. В стационарных условиях к законченному случаю относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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

На оказание медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями при назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов, указанных в таблице 4, для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии).

Перечень лекарственных препаратов для проведения противоопухолевой лекарственной терапии, при назначении которых необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований

Таблица 4

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование МНН** | **Код МКБ-10** | **Код маркёра** | **Результат исследования** |
| 1 | Абемациклиб | C50 | HER2 | Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2 |
| 2 | Алектиниб | C34 | ALK/ROS1 | Наличие транслокации в генах ALK или ROS1 |
| 3 | Вемурафениб | C43 | BRAF | Наличие мутаций в гене BRAF |
| 4 | Гефитиниб | C34 | EGFR | Наличие мутаций в гене EGFR |
| 5 | Дабрафениб | C34, C43 | BRAF | Наличие мутаций в гене BRAF |
| 6 | Кобиметиниб | C43 | BRAF | Наличие мутаций в гене BRAF |
| 7 | Кризотиниб | C34 | ALK/ROS1 | Наличие транслокации в генах ALK или ROS1 |
| 8 | Лапатиниб | C50, C18, C19, C20 | HER2 | Гиперэкспрессия белка HER2 |
| 9 | Олапариб | C25, C50, C48.0, C48.1, C48.2, C56, C57, C61 | BRCA | Наличие мутаций в генах BRCA |
| 10 | Осимертиниб | C34 | EGFR | Наличие мутаций в гене EGFR |
| 11 | Палбоциклиб | C50 | HER2 | Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2 |
| 12 | Панитумумаб | C18, C19 | RAS | Отсутствие мутаций в гене RAS |
| 13 | Пертузумаб | C18, C19, C50 | HER2 | Гиперэкспрессия белка HER2 |
| 14 | Рибоциклиб | C50 | HER2 | Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2 |
| 15 | Талазопариб | C50 | BRCA | Наличие мутаций в генах BRCA |
| 16 | Талазопариб | C50 | HER2 | Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2 |
| 17 | Траметиниб | C34, C43 | BRAF | Наличие мутаций в гене BRAF |
| 18 | Трастузумаб | C07, C08, C15,  C16, C18, C19, C50, C54 | HER2 | Гиперэкспрессия белка HER2 |
| 19 | Трастузумаб эмтанзин | C50 | HER2 | Гиперэкспрессия белка HER2 |
| 20 | Церитиниб | C34 | ALK/ROS1 | Наличие транслокации в генах ALK или ROS1 |

**2.2.9.«Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D)»**

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D) (далее – ХВГ) включает в себя: наименование лекарственных препаратов, лекарственную форму, режим дозирования количество дней введения, а также способ введения (в случае указания в схеме). Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным подпунктом 2.1.1 настоящего раздела Тарифного соглашения) в случае проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

**2.2.10. «Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов»**

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, способ введения, количество дней введения для инъекционных форм или дней приёма для таблетированных форм, разовую дозу препарата, форму выпуска для препаратов, чей способ введения не меняется в зависимости от формы выпуска, а также слова «поддерживающая терапия» для всех МНН, кроме тех, применение которых не подразумевает выделения этапов инициации и поддерживающей терапии. Для МНН, применение которых не предусматривает этап инициации, как первое введение, так и последующие оплачиваются по КСГ «Лечение с применением генноинженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1-20)». Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме, в том числе при длительности лечения 3 дня и менее, если она выполнена в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе), а также при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным подпунктом 2.1.1 настоящего раздела Тарифного соглашения.

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

При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (в том числе больным с онкологическими заболеваниями, больным с гепатитом C в соответствии с клиническими рекомендациями, включая предоставление лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов) в соответствии с Программой применяются следующие способы оплаты:

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

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных Приложением 8 к Программе, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

Перечень групп заболеваний, состояний для оплаты специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологической медицинской помощи) в условиях дневного стационара, включающий также коэффициенты относительной затратоемкости (далее – Перечень) установлен Приложением 4 к Программе и не может быть изменен при установлении тарифов в Республике Тыва, за исключением случаев выделения подгрупп в составе КСГ.

В соответствии с указанным перечнем сформированы перечни КСГ, используемые для оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара. Указанные перечни утверждены Приложением 22 к Тарифному соглашению.

Оплата за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, по КСГ, предусмотренным Приложением 4 к Программе, осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

* социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения), в случае их включения в территориальную программу обязательного медицинского страхования сверх базовой программы;
* услуг диализа, включающих различные методы.

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

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

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

a. Диагноз (код по МКБ 10);

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

c. Схема лекарственной терапии;

d. МНН лекарственного препарата;

e. Возрастная категория пациента;

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

g. Оценка состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации;

i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

j. Пол;

k. Длительность лечения.

l. Этап лечения, в том числе этап проведения экстракорпорального оплодотворения, долечивание пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19;

m. Показания к применению лекарственного препарата;

o. Степень тяжести заболевания;

p. Сочетание нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия (например, сочетание оценки состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации с назначением ботулинического токсина).

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

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

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

,

|  |  |
| --- | --- |
|  | размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей; |
| « | стоимость законченного случая лечения в условиях дневного стационара, рублей. |

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

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

1. Размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации;

2. Коэффициент относительной затратоемкости;

3. Коэффициент дифференциации (при наличии);

4. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи;

5. Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации;

6. Коэффициент сложности лечения пациента.

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| БС | базовая ставка, рублей; |
|  | коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации; |
|  | коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах в случае, если указанный коэффициент определен в Республике Тыва для данной КСГ); |
|  | коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент; |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462; |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости – сумма применяемых КСЛП)  \* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице). |

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| БС | размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей; |
|  | коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации; |
|  | доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением 4 к Программе значение, к которому применяется КД, КС и КУС); |
|  | коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в Республике Тыва для данной КСГ); |
|  | коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент; |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии  с Постановлением №462; |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП). |

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

При расчете стоимости законченного случая лечения по КСГ для медицинских организаций центральных кожууных больниц (ЦКБ) и межкожууных медицинских центров (ММЦ) Республики Тыва к базовой ставке применяется коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников (КДзп) в размере 1,043.

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

Размер базовой ставки определяется исходя из следующих параметров:

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

Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) устанавливается тарифным соглашением (Приложение 27 к Тарифному соглашению), принятым на территории Республики Тыва, и рассчитывается по формуле:

.

СПК рассчитывается по формуле:

.

Если для КСГ Приложением №4 к Программе не установлена доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, значение применяется равным 1.

При расчете базовой ставки в качестве параметра  Комиссия может использовать сумму, характеризующую вклад коэффициента сложности лечения пациента в совокупный объем средств на оплату медицинской помощи:

,

где:

размер КСЛП, применяемый при оплате i-го случая оказания медицинской помощи в 2026 году.

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

В Программе предусмотрены средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для медицинской реабилитации и средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за исключением медицинской реабилитации. При этом базовая ставка едина для всех профилей медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (в том числе для профиля «медицинская реабилитация»). Ее расчет осуществляется на основании объема средств, предназначенного для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ (), общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ (), среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ () и объема средств, запланированного для КСЛП (), для всех профилей медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, за исключением медицинской реабилитации.

Оплата случаев лечения по профилю «медицинская реабилитация» осуществляется с использованием базовой ставки, рассчитанной в соответствии с вышеописанным алгоритмом.

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

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

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

**3.1.2. Коэффициент относительной затратоемкости КСГ**

Коэффициенты относительной затратоемкости определены с учетом статей затрат, предусмотренных структурой тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, установленной Федеральным законом №326-ФЗ, выполнения целевых показателей уровня заработной платы работников медицинских организаций, предусмотренных Указом №597, стоимости медицинских изделий и лекарственных препаратов, предусмотренных клиническими рекомендациями.

Коэффициент относительной затратоемкости определяется для каждой КСГ (Приложение 22 к Тарифному соглашению).

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

**3.1.3*.* Коэффициент специфики оказания медицинской помощи**

Коэффициент специфики установлен в Приложении 32 к Тарифному соглашению для конкретной КСГ.

Коэффициент специфики применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней медицинских организаций.

К подгруппам в составе КСГ коэффициент специфики не применяется.

Значение коэффициента специфики не может превышать 1,4.

К КСГ, по профилям «Онкология» и «Детская онкология» коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1).

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

**3.1.4. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи**

При оплате медицинской помощи учитываются уровни медицинских организаций, установленные в Приложении 29 к Тарифному соглашению. Коэффициент уровня медицинской организации устанавливается Тарифным соглашением, принятым на территории Республики Тыва, в разрезе трех уровней медицинских организаций (за исключением городов федерального значения, где возможно установление двух уровней) дифференцированно для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций. При этом структурные подразделения медицинской организации, оказывающие медицинскую помощь соответственно в условиях дневного стационара, исходя из маршрутизации пациентов, могут иметь различные коэффициенты уровня медицинской организации.

При отсутствии различий в оказании медицинской помощи в медицинских организациях разного уровня Республики Тыва может отказаться от установления коэффициента уровня медицинской организации при оплате медицинской помощи в условиях дневного стационара.

Установление индивидуального коэффициента уровня (подуровня) медицинской организации в условиях дневного стационара не допускается (за исключением случаев, если на территории Республики Тыва медицинскую помощь в условиях дневного стационара на данном уровне оказывает только одна медицинская организация).

Коэффициент уровня медицинской организации отражает 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.

Среднее значение коэффициента уровня медицинской организации составляет:

1) для медицинских организаций 1-го уровня - 0,9;

2) для медицинских организаций 2-го уровня - 1,05;

3) для медицинских организаций 3-го уровня - 1,25.

Границы значений коэффициента подуровня медицинской организации:

для медицинских организаций (структурных подразделений) 1-го уровня − от 0,8 до 1,0;

для медицинских организаций (структурных подразделений) 2-го уровня − от 0,9 до 1,2;

для медицинских организаций (структурных подразделений) 3-го уровня − от 1,1 до 1,4.

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

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | средневзвешенный коэффициент уровня медицинской организации i; |
|  | коэффициент подуровня медицинской организации j; |
|  | число случаев, пролеченных в стационарах с подуровнем j; |
|  | число случаев в целом по уровню. |

Средние значения коэффициента уровня медицинской организации для каждого последующего уровня в обязательном порядке должны превышать значения, установленные для предыдущих уровней.

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

К отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается  
преимущественно на одном уровне либо имеющие высокую степень  
стандартизации медицинских технологий, и предусматривающие (в  
большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и  
лечения в различных уровнях оказания помощи (например, аппендэктомия) коэффициент уровня (подуровня) при оплате не применяется (принимается  
равным 1).

**3.1.5 «Коэффициент сложности лечения пациента»**

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) устанавливается Тарифным соглашением, принятым на территории Республики Тыва, к отдельным случаям оказания медицинской помощи в соответствии с Требованиями и Приложением 17 к Тарифному соглашению.

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

КСЛП в обязательном порядке отражаются в реестрах счетов.

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных в Приложении 17 к Тарифному соглашению, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

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

Распределение схем сопроводительной лекарственной терапии по уровням КСЛП представлено в Приложении 17 к Тарифному соглашению.

**3.2. Оплата отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ в условиях дневного стационара**

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

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 в рамках дневного стационара;

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

4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;

5. случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения;

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

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

8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным в Таблице 1 Приложения 20 к Тарифному соглашению.

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской  
организации в другое в рамках дневного стационара 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 двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям 2-8 пункта 3.2.3. настоящего раздела Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2-4 пункта 3.2.1. настоящего раздела Тарифного соглашения.

Приложением 7 к Программе и таблицей 1 Приложения 20 к Тарифному соглашению определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, за исключением основания, связанного с проведением лекарственной терапии при ЗНО не в полном объеме, 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 процентов   
от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – от 90 процентов от стоимости КСГ.

Таблицей 2 Приложения 20 к Тарифному соглашению определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи по КСГ, не входящим в таблицу 2 Приложения 20 к Тарифному соглашению, не могут быть оплачены с применением вышеуказанных диапазонов уменьшения размеров оплаты прерванных случаев (80 процентов и 90 процентов соответственно).

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 40 процентов   
от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 60 процентов   
от стоимости КСГ.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпункте 7 пункта 3.2.1. настоящего раздела Тарифного соглашения, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

**3.2.2. Порядок определения полноты выполнения схемы**  
**лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше**

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем  
лекарственной терапии включает в себя наименование лекарственных  
препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае  
указания в схеме), разовую дозы препарата (фиксированная величина или разовая доза в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в Группировщике, для оплаты однозначно выбирается схема  
лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а  
случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не  
является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1–6 пункта 3.2.1. настоящего раздела Тарифного соглашения.

В случае снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» в «Группировщиках» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии) схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным подпунктом 3.2.1. настоящего раздела Тарифного соглашения):

- снижение дозы произведено согласно инструкции по применению к химиотерапевтическому препарату или в соответствии с клиническими рекомендациями, в том числе в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- возможность смещения интервала между введениями предусмотрена клиническими рекомендациями, либо необходимость смещения возникла в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Для остальных случаев (в том числе случаев проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) классификационным критерием отнесения к КСГ служит схема sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в абзацах 1 – 6 подпунктом 3.2.1. настоящего раздела Тарифного соглашения.

Также схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным подпунктом 3.2.1. настоящего раздела Тарифного соглашения) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

Указанный «Группировщик» в электронном виде размещен на официальном сайте Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Тыва в сети «Интернет» в разделе «Медицинским организациям» «КСГ» «Расшифровщики КСГ КС и ДС на 2026 год».

**3.2.3. Оплата случая по двум и более КСГ**

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

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую; оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным пунктом 3.2.1. настоящего раздела Тарифного соглашения;

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

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

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

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

6. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением (оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение»).

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

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;

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

- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие

предоставления медицинской помощи матери;

- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления

медицинской помощи матери;

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

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

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

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

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

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

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

Для КСГ ds37.001-ds37.008, 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 Республике Тыва.

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, требующих продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем служит оценка степени тяжести заболевания, определяющая сложность и условия проведения медицинской реабилитации. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

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.

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

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

Для расчета услуг диализа на территории Республики Тыва, к базовому тарифу на оплату диализа применяются коэффициенты относительной затратоемкости, представленные в Приложении 18 к Тарифному соглашению. Базовый тариф на оплату диализа представлен в Приложении 26 к Тарифному соглашению. Стоимость услуг диализа с применением коэффициентов затратоемкости представлен в Приложении 46 к Тарифному 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 не допускается. Учитывая, что единицей планирования медицинской помощи в условиях дневного стационара является случай лечения, 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.

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

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

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов в модели КСГ дневного стационара предусмотрены КСГ ds02.008-ds.02.011.

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

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет 1 день.

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

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии онкологических заболеваний 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).

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.

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.

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

На оказание медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями при назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов, указанных в таблице 5, для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии).

Перечень лекарственных препаратов для проведения противоопухолевой лекарственной терапии, при назначении которых необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований

Таблица 5

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование МНН** | **Код МКБ-10** | **Код маркёра** | **Результат исследования** |
| 1 | Абемациклиб | C50 | HER2 | Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2 |
| 2 | Алектиниб | C34 | ALK/ROS1 | Наличие транслокации в генах ALK или ROS1 |
| 3 | Вемурафениб | C43 | BRAF | Наличие мутаций в гене BRAF |
| 4 | Гефитиниб | C34 | EGFR | Наличие мутаций в гене EGFR |
| 5 | Дабрафениб | C34, C43 | BRAF | Наличие мутаций в гене BRAF |
| 6 | Кобиметиниб | C43 | BRAF | Наличие мутаций в гене BRAF |
| 7 | Кризотиниб | C34 | ALK/ROS1 | Наличие транслокации в генах ALK или ROS1 |
| 8 | Лапатиниб | C50, C18, C19, C20 | HER2 | Гиперэкспрессия белка HER2 |
| 9 | Олапариб | C25, C50, C48.0, C48.1, C48.2, C56, C57, C61 | BRCA | Наличие мутаций в генах BRCA |
| 10 | Осимертиниб | C34 | EGFR | Наличие мутаций в гене EGFR |
| 11 | Палбоциклиб | C50 | HER2 | Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2 |
| 12 | Панитумумаб | C18, C19 | RAS | Отсутствие мутаций в гене RAS |
| 13 | Пертузумаб | C18, C19, C50 | HER2 | Гиперэкспрессия белка HER2 |
| 14 | Рибоциклиб | C50 | HER2 | Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2 |
| 15 | Талазопариб | C50 | BRCA | Наличие мутаций в генах BRCA |
| 16 | Талазопариб | C50 | HER2 | Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2 |
| 17 | Траметиниб | C34, C43 | BRAF | Наличие мутаций в гене BRAF |
| 18 | Трастузумаб | C07, C08, C15,  C16, C18, C19, C50, C54 | HER2 | Гиперэкспрессия белка HER2 |
| 19 | Трастузумаб эмтанзин | C50 | HER2 | Гиперэкспрессия белка HER2 |
| 20 | Церитиниб | C34 | ALK/ROS1 | Наличие транслокации в генах ALK или ROS1 |

**3.2.8. «Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D)»**

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D) (далее – ХВГ) включает в себя: наименование лекарственных препаратов, лекарственную форму, режим дозирования количество дней введения, а также способ введения (в случае указания в схеме). Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным подпунктом 2.1.1 настоящего раздела Тарифного соглашения) в случае проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

**3.2.9. «Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов»**

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, способ введения, количество дней введения для инъекционных форм или дней приёма для таблетированных форм, разовую дозу препарата, форму выпуска для препаратов, чей способ введения не меняется в зависимости от формы выпуска, а также слова «поддерживающая терапия» для всех МНН, кроме тех, применение которых не подразумевает выделения этапов инициации и поддерживающей терапии. Для МНН, применение которых не предусматривает этап инициации, как первое введение, так и последующие оплачиваются по КСГ «Лечение с применением генноинженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1-24)». Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме, в том числе при длительности лечения 3 дня и менее, если она выполнена в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе), а также при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным подпунктом 2.1.1 настоящего раздела Тарифного соглашения.

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

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

В соответствии с Программой оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется:

- по подушевому нормативу финансирования;

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

**4.2. Расчет среднего подушевого норматива финансирования**

Размер среднего подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, рассчитывается по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Тыва, рублей; |
|  | численность застрахованного населения Республики Тыва, человек. |

Общий объем средств на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Тыва, по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| НоСМП | средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, вызовов; |
| НфзСМП | средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| ОСМТР | объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами Республики Тыва, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов, рублей; |
| Чз | численность застрахованного населения Республики Тыва, человек. |

**4.2.1. Определение базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи и коэффициента приведения**

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

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ПнБАЗ | базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей; |
| ОСВ | размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в Республике Тыва лицам за вызов, рублей; |
| КД | единый коэффициент дифференциации Республики Тыва, рассчитанный в соответствии с Постановлением №462. |

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

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

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

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

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

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

На основе базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи в Республике Тыва, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи:

,

где:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ДПнi | дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей; | |
|  | коэффициент половозрастного состава;  коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации) для i-той медицинской организации (при необходимости); | |
|  | коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Тыва, для i-той медицинской организации (при необходимости); | |
|  | коэффициент дифференциации i-той медицинской организации. |

Исчерпывающий перечень коэффициентов дифференциации, которые могут использоваться при расчете установлен Требованиями. Использование иных коэффициентов, не предусмотренных Требованиями, недопустимо.

При осуществлении дифференциации подушевого норматива следует учитывать, что основным фактором дифференциации является половозрастной состав прикрепившегося населения.

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

**4.2.3.** **Определение размера финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации**

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

, где:

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

Установленные в Тарифном соглашении тарифы на оплату отдельных случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации 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) (в дополнение к подушевому нормативу финансирования) являются едиными для всех медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, и могут отличаться только в зависимости от коэффициента дифференциации для отдельных территорий Республики Тыва, в которых расположена медицинская организация.

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

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

При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis С virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе для больных сахарным диабетом, и школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, профилактические медицинские осмотры и диспансеризации, в том числе углубленная диспансеризация и диспансеризация взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также расходы на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, посещения с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний, дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом и расходы на финансовое обеспечение фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов. В данный способ оплаты также не входят услуги диализа.

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

Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой по всем видам и условиям, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показали объема медицинской помощи), а также показатели результативности деятельности утверждены в Приложении 16 к Тарифному соглашению.

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

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

**6. Оплата медицинской помощи в рамках межучережденческих расчетов**

Межучережденческие расчеты осуществляются через страховую медицинскую организацию (по тарифам для проведения межучережденческих, в том числе межтерриториальных, расчетов, установленным тарифным соглашением).

Межучережденческих расчетов через страховую медицинскую организацию в тарифном соглашении устанавливаются единые для всех медицинских организаций тарифы на оплату медицинской помощи при межучережденческих расчетах, которые также применяются при проведении межтерриториальных расчетов.

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-инициатора оказания медицинской помощи в другой медицинской организации, уменьшается на объем средств, перечисленных медицинской организации, в которой были фактически выполнены отдельные медицинские вмешательства, исследования, за выполнение отдельных медицинских вмешательств, исследований по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

В рамках межучережденческих расчетов может осуществляться оплата отдельных патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, проводимых в том числе в условиях круглосуточного стационара и референс – центрах, включая дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования.

Также, в рамках межучережденческих расчетов осуществляется оплата тестирований на выявление вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов), и их проведение в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Тыва на 2026 год. Тестирование на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов), учитывается в нормативе объема обращения в связи с заболеваниями в рамках подушевого норматива финансирования обеспечения амбулаторной медицинской помощи. Указанные исследования проводятся в стационарных условиях в рамках законченного случая госпитализации по соответствующей клинико-статистической группе заболеваний при госпитализации. В данном случае медицинскими организациями-исполнителями составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждую услугу с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. Страховая медицинская организация осуществляет 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-инициатора оказания медицинской помощи в другой медицинской организации, уменьшается на объем средств, перечисленных медицинской организации, в которой были фактически выполнены тестирования на выявление вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов), за выполнение тестирования на выявление вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов) по направлениям, выданным данной медицинской организацией. Медицинские организации-исполнители часть тарифа, а именно получение мазка со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки (в случае получение мазка со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки было осуществлено медицинской организацией-заказчиком) будут оплачивать медицинским организациям-заказчикам.

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

3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяется в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной [разделом XI](consultantplus://offline/ref=DE127D20FA4D648A3809C2A2A7AFEE90F11C772BE1F7F102ED329A0661244B379E8D645ADC9B9A90iFo0C)I Правил ОМС.

3.2. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, которые детализируются в соответствии с порядком, установленным в соответствии со статьями 18, 23.1 и 165 Бюджетного кодекса Российской Федерации, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течении 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств ОМС.

1. **Нецелевое использование** средств ОМС подлежит восстановлению в бюджет ТФОМС Республики Тыва за счет других источников, в соответствии с пунктом 9 статьи 39 Федерального закона РФ от 29.11.10г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ».
2. Расходы на оплату труда производятся от объема финансовых поступлений по ОМС. Средства обязательного медицинского страхования на оплату труда работникам медицинских организаций при закрытии отделений на проведение текущего и капитального ремонта, карантинных и профилактических мероприятий **не выделяются.**
3. Затраты, превышающие фактический объем финансовых поступлений по ОМС, не подлежат компенсации за счет средств ОМС. Расходы сверх утвержденных лимитов, кроме расходов на заработную плату, начислений на оплату труда, являются **нецелевым использованием**.
4. Затраты, превышающие фактический объем финансовых поступлений по ОМС по заработной плате и начислениям на оплату труда, являются **неэффективным использованием средств**.
   1. Утвержденные тарифы включают расходы:

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

- расходы приемного отделения,

- профильного отделения,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- компенсация расходов, направляемых на оплату стоимости проезда и провоза багажа к месту использования отпуска и обратно;

- расходы на аренду жилья медицинским работникам;

- расходы за участие в семинарах, вебинарах и конференциях, а также командировочные расходы, связанные с ними, которые не связаны с непосредственным оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и не включаются в расчет тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования.

После завершения участия медицинской организации в реализации программ ОМС на соответствующий год и исполнения медицинской организацией всех обязательств по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и договору на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, а также при отсутствии у медицинской организации просроченной кредиторской задолженности, кредиторской задолженности по оплате труда, начислениям на выплаты по оплате труда допускается использование медицинской организацией средств ОМС, полученных за оказанную медицинскую помощь, по направлениям расходования и в размере, которые определяются учредителем медицинской организации, с последующим уведомлением органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения. Направления расходования указанных средств устанавливаются территориальными программами государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Указанные средства запрещается направлять на осуществление капитальных вложений в строительство, реконструкцию и капитальный ремонт, приобретение недвижимого имущества, транспортных средств, ценных бумаг, долей (вкладов) в уставный (складочный) капитал организаций, паев, уплату процентов и погашение основной суммы долга по кредитам (займам), а также на уплату иных платежей, предусмотренных договорами кредита (займа) (за исключением случаев образования кредитной задолженности в целях приобретения оборудования в соответствии со стандартами оснащения медицинских организаций (их структурных подразделений), предусмотренными положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, для оказания медицинской помощи в рамках программ ОМС).

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

3.11. Расходы в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, а также расходы по демонтажу зданий и сооружений и иные расходы не включаются в состав тарифа на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. Определение понятия капитального ремонта объектов капитального строительства приведено в части 14 статьи 1 Градостроительного кодекса Российской Федерации, утвержденного Федеральным законом от 29.12.2004г. №190-ФЗ.

**IV. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА**

4.1. В соответствии со статьей 40 Федерального закона от 21.11. 2010г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон №326-ФЗ) по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные статьей 41 Федерального закона №326-ФЗ и условиями Договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию - п.207 Правил ОМС, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025г. №496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС).

4.2. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно статье 41 Федерального закона №326-ФЗ удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с Договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком организации и проведения контроля – **п.208 Правил ОМС.**

4.3. В соответствии с **пунктом 209 Правил ОМС** размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.12.1, предусмотренного приложением №8 к Правилам ОМС) рассчитывается по формуле:

Н = РТ х Кно, где:

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

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

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

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

Значения коэффициента для определения размера неполной оплаты медицинской помощи определены приложением №8 Правил ОМС.

4.4. В соответствии **с пунктом 210 Правил ОМС**, в случаях применения кода нарушения/дефекта 2.12.1 размер неоплаты и неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

Н = (РТ1 - РТ2) + РТ2 x Кно,

где:

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

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

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

Кно - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с [приложением N 8](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=513432&dst=102499) к Правилам ОМС.

4.5. Согласно **пункту 211 Правил ОМС** размер штрафных санкций, применяемых к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт), рассчитывается по формуле:

Сшт = РП X Кшт, где

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

РП - установленный тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленный территориальной программой на год (за исключением нарушения/дефекта 2.12.1, предусмотренного [приложением N 8](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=513432&dst=102499) к Правилам ОМС, для которого РП - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи);

Кшт - коэффициент для определения размера штрафных санкций за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

4.6. Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафных санкций за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества приведены в [приложении N 8](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=513432&dst=102499) к Правилам ОМС. – **п.212 Правил ОМС.**

4.7. При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного Территориальным фондом ОМС МЭК медицинская организация вправе доработать и представить в Территориальный фонд ОМС отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов не позднее семи рабочих дней с даты получения соответствующего заключения по результатам МЭК первично представленного медицинской организацией счета на оплату медицинской помощи, за исключением случая, указанного в пункте 214 Правил ОМС. Оплата счетов, повторно представленных медицинскими организациями к оплате после доработки, осуществляется в период оплаты счетов за следующий отчетный месяц. - **п.213 Правил ОМС.**

4.8. В случае принятия Комиссией решения об увеличении медицинской организации объемов предоставления медицинской помощи и (или) ее финансового обеспечения отклоненные ранее от оплаты счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи повторно представляются медицинской организацией в территориальный фонд не позднее пятого рабочего дня месяца, следующего за месяцем, в котором Комиссией были пересмотрены объемы предоставления медицинской помощи и (или) ее финансового обеспечения. **– п. 214 Правил ОМС.**

4.9. При превышении в отчетном месяце объема средств, направленных в медицинскую организацию в соответствии с заявкой на авансирование медицинской помощи, над суммой выставленных медицинской организацией счетов на оплату медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в последующие месяцы размер заявки на авансирование медицинской помощи уменьшается на сумму средств указанного превышения. - **п. 215 Правил ОМС.**

4.10. В случае превышения объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, распределенных медицинской организации решением Комиссии, медицинская организация в течение пяти рабочих дней после получения заключения по результатам медико-экономического контроля обязана обратиться в Комиссию с предложением о перераспределении объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи**.– п.216 Правил ОМС.**

4.11. В соответствии с частью 2 статьи 41 Федерального закона №326-ФЗ взаимные обязательства медицинских организаций и страховых медицинских организаций, следствием которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, предусматриваются договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. **-** **п.217 Правил ОМС.**

4.12. Размеры неоплаты, неполной оплаты затрат оказанной медицинской помощи и штрафных санкций, исчисленных и установленных в соответствии с [частью 2 статьи 41](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=497285&dst=285) Федерального закона №326, устанавливаются в тарифном соглашении, заключаемом в соответствии с [частью 2 статьи 30](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=497285&dst=183) Федерального закона №326, в соответствии с [пунктами 209](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=513432&dst=100806) - [211](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=513432&dst=100821) Правил ОМС. - **п.218 Правил ОМС.**

Размеры подушевых нормативов финансирования, используемые при определении размера штрафных санкций за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи установлены в Приложении №14 к Тарифному соглашению на 2026 год «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) на 2026 год.

4.13. В случае превышения объема санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, над объемом целевых средств, подлежащим направлению в медицинскую организацию на оплату медицинской помощи (разница между выставленным на оплату счетом и ранее перечисленным авансом), медицинская организация возвращает в страховую медицинскую организацию средства в объеме указанного превышения. При этом счет на оплату медицинской помощи не оплачивается. - **п.219 Правил ОМС.**

4.14. В целях реализации приказов Минздрава России от 19.03.2021г. №231н «Об утверждении Порядка организации и контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (зарегистрирован Минюстом России 13.05.2021г., регистрационный №63410), (в ред. Приказов Минздрава России от 01.07.2021г. №696н, от 21.02.2022г. №100н, от 13.12.2022г. №789н, от 04.09.2024г. №449н) и Минздрава России от 21.08.2025г. №496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Минюстом России 28.08.2025г., регистрационный №83407), настоящим Тарифным соглашением на 2026 год в Приложении №14 устанавливается «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи).

**V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящее Соглашение вступает в силу с 1 января 2026 года и действует до 31 декабря 2026 года.
2. Все приложения к настоящему Тарифному соглашению являются его неотъемлемой частью.
3. Настоящее Соглашение может быть изменено иди дополнено по соглашению Сторон. Внесение изменений и дополнений в настоящее Соглашение оформляются путем подписания дополнительных соглашений в соответствии с решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Тыва.
4. Признать утратившим силу «Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Республики Тыва на 2025 год» с января 2026 года.

**ПОДПИСИ СТОРОН:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Представитель органа исполнительной власти Республики Тыва  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.К. Югай |  | Представитель профессионального союза медицинских работников  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Д.О. Ондар |
| Представитель Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Тыва  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Т.И. Полежаева |  | Представитель медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.А. Канчыыр-оол |
| Представитель Административного Структурного Подразделения ООО «Капитал МС» - Филиала в Республике Тыва  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Э.Д. Сат |  |  |