

**Порядок**  
**применения тарифов, финансовых и подушевых нормативов на оплату**  
**медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в условиях**  
**дневного стационара, вне медицинской организации**  
**(скорая медицинская помощь)**

**1. Общие положения**

Настоящий Порядок определяет порядок применения тарифов, финансовых и подушевых нормативов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и на оказание скорой медицинской помощи, предоставляемой вне медицинской организации.

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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований

биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Республики Ингушетия застрахованным лицам, полис обязательного медицинского страхования которым выдан за пределами Республики Ингушетия, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии);

по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации.

Способ оплаты по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 18.06.2021 № 927 «О внесении изменений в Программу государственных

гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» с 1 июля 2021 г. в дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню, установленному Приложением № 6.

Оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи дополнительно к подушевому нормативу финансирования по тарифам, установленным приложением 6 к Тарифному соглашению:

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

2. За единицу объема в рамках проведения углубленной диспансеризации оплачиваются следующие исследования:

- тест с 6 минутной ходьбой;
- определение концентрации Д - димера в крови;
- проведение эхокардиографии в рамках II этапа углубленной диспансеризации;
- проведение компьютерной томографии легких в рамках II этапа углубленной диспансеризации;
- дуплексного сканирования вен нижних конечностей в рамках II этапа углубленной диспансеризации.

На основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, определяется средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях для

медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{AMB} = \frac{(Ho_{ПРОФ} \times Hfz_{ПРОФ} + Ho_{OЗ} \times Hfz_{OЗ} + Ho_{НЕОТЛ} \times Hfz_{НЕОТЛ}) \times Ч_3 - OC_{MTP}}{Ч_3}$$

На 2021 год данный показатель  $\Phi O_{CP}^{AMB}$  составляет 4 685,94 руб.

В целях исключения влияния применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, удаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, коэффициента дифференциации, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, в том числе за вызов скорой медицинской помощи, и оказываемой в фельдшерских, фельдшерских-акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях (далее – коэффициент приведения в амбулаторных условиях) рассчитывается коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования по следующей формуле:

$$Пр_{AMB} = \frac{ПН_{БАЗ}}{\Phi O_{CP}^{AMB}} = 0,4421$$

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

$$\text{ПН}_A = \frac{\Phi_0^{\text{AMB}} \times \chi_3 - OC_{\text{ФАП}} - OC_{\text{исслед}} - OC_{\text{по}} - OC_{\text{дисп}} - OC_{\text{неотл}} + OC_{\text{неотл(ФАП)}}}{\chi_3}$$

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях на 2021 год составляет 2 962,33 руб.

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

$$\text{ПН}_{\text{БАЗ}} = \text{ПН}_A - \frac{OC_{\text{ЕО}}}{\chi_3} = 2 071,790 \text{ руб.}$$

С целью учета различий в потреблении медицинской помощи в субъекте Российской Федерации при расчете значений коэффициента специфики оказания медицинской помощи учитываются полновозрастные коэффициенты дифференциации:

м0-1	ж0-1	м1-4	ж1-4	м5-17	ж5-17	м18-64	ж18-64	м65	ж65
1,262	1,213	1,261	1,246	1,548	1,445	0,647	1,169	1,600	1,600

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 (КДот) применяется в отношении медицинских организаций (юридических лиц) с учетом наличия у них подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек

(в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями).

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 удаленности обслуживаемых территорий применяются следующие коэффициенты дифференциации в размере:

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

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

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

$$КУ_{МО}^i = \frac{OC_{\text{проф}}^i + OC_{\text{ПНФ-проф}}^i}{OC_{\text{ПНФ-проф}}^i}$$

Значения данного коэффициента указаны в Приложении 6 к ГТС.

В целях определения дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской организации устанавливается коэффициент специфики оказания медицинской помощи, с учетом объективных критериев, основанных на экономическом обосновании и расчетах, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов, в зависимости от уровня (подуровня) медицинской организации с учетом половозрастного состава населения в виде половозрастных коэффициентов дифференциации.

Значения коэффициента специфики (КС<sub>МО</sub>) оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций:

ГБУ "ГП"	ГБУЗ "НРБ"	ГБУЗ "КГБ"	ГБУЗ "МЦРБ"	ГБУЗ "СЦРБ"	ГБУЗ "МРБ2"	ГБУЗ "СУБ"	ГБУЗ "КУБ"	ГБУЗ "АУБ"	ГБУ "ГДП"	ГБУЗ "ДРБ"
1,1195	1,1324	1,136	1,3000	1,2783	1,1350	1,1245	1,0999	1,0947	1,5461	1,1364

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерством здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью», и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов, применяемые при межучрежденческих 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 указаны в Приложениях № 8,9,12 к ГТС.

## 2. Порядок учета объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

Учет объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, осуществляется по следующим показателям:

а) посещение:

- с профилактической целью;
- в связи с оказанием неотложной помощи;
- с иными целями

б) обращение по поводу заболевания.

Объем медицинской помощи, оказываемой с профилактической целью, включает посещения:

- центров здоровья;
- в связи с диспансеризацией определенных групп населения;
- в связи с диспансерным наблюдением;
- в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, патронажем;

Объем медицинской помощи, оказываемой с иными целями, включает:

- разовые посещения по поводу заболевания, в том числе посещения среднего медицинского персонала;
- посещения, связанные с диагностическим обследованием;
- направления на консультацию, госпитализацию, в дневной стационар;
- получение справки, в том числе справки по форме № 086/у лицами до 19 лет включительно, санаторно-курортной карты и других медицинских документов.

Оказание неотложной медицинской помощи лицам, обратившимся с признаками неотложных состояний, может осуществляться в амбулаторных условиях или на дому при вызове медицинского работника.

К посещениям в связи с оказанием неотложной помощи относятся посещения в отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи поликлиники (врачебной амбулатории, центра общей врачебной практики (семейной медицины)):

- при внезапных острых заболеваниях, состояниях, не опасных для жизни и

не требующих экстренной медицинской помощи;

- при обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи.

Медицинские организации (далее - МО) ведут раздельный учет посещений с профилактической целью, неотложной медицинской помощи, иными целями и обращений по поводу заболеваний. Первичный учет врачебных посещений в МО ведется путем заполнения «Талона амбулаторного пациента».

Не подлежат учету как посещения врачей:

- обследования в рентгеновских кабинетах, лабораториях и т.д.;
- консультации и экспертизы, проводимые врачебной комиссией (ВК).

По одному поводу обращения может быть сделано несколько тарифицированных посещений к одному или нескольким специалистам. Посещение в течение дня больным одного и того же врача учитывается как одно посещение (за исключением посещений к врачу стоматологу).

### **3. Порядок применения тарифов за врачебные посещения, в том числе при оказании-стоматологической медицинской помощи**

4.1. Тарифы за врачебные посещения установленные в **Приложении № 7** к ГТС на 2021 год применяются для оплаты первичной доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи **не прикрепленному населению**, оказываемой врачами соответствующих специальностей, ведущими амбулаторный, в том числе консультативный прием, (терапевт, педиатр, хирург, акушер-гинеколог, уролог и т.д.) и (или) осуществляющими врачебную помощь при вызовах на дом. Вместе с тем, данные тарифы используются и медицинскими организациями имеющими прикрепленное население в формировании реестров-счетов.

4.2. При выставлении счетов размер суммы, предъявляемой к оплате, исчисляется исходя из тарифов за посещения, действующие на дату посещения, с учетом имеющихся у медицинских организаций лицензий на осуществление соответствующих видов медицинской деятельности.

При решении вопроса об обоснованности выставления счетов за посещение необходимо руководствоваться правильно заполненной медицинской картой и талоном амбулаторного пациента.

4.3. 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 посещениям осуществляется с учетом УЕТ. При этом для оплаты стоматологической помощи в амбулаторных условиях учитывается средняя кратность УЕТ в одном посещении, которая составляет 4,2. Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной, специализированной стоматологической помощи, выраженной в УЕТ утвержден Приложением №19 к ГТС.

#### **4. Порядок применения тарифов за диагностические исследования**

Тарифы за 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, тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) установленные в **Приложении № 10** к ГТС на 2021 год применяются в случае проведения указанных исследований по назначению специалистов медицинских организаций и направлению, оформленному медицинской организацией по месту прикрепления застрахованного, в порядке, утвержденном Министерством здравоохранения Республики Ингушетия. Распределение указанных объемов диагностических исследований производится пропорционально прикрепленному населению к медицинским организациям.

В случае невозможности оказания диагностических (лабораторных) исследований (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография,

ультразвуковые исследования сердечнососудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, гистологические исследования и молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) в медицинской организации по месту прикрепления застрахованного, диагностические (лабораторные) исследования проводятся медицинскими организациями, входящими в систему обязательного медицинского страхования, на базе которого указанные диагностические (лабораторные) исследования проводятся на оборудовании, находящемся на балансе данной медицинской организации.

## **5. Порядок применения тарифов за законченный случай лечения в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара**

Тарифы за законченный случай лечения в условиях дневного стационара установлены в **Приложении № 5** к ГТС на 2021 год. Тарифы за законченный случай лечения в дневном стационаре применяются при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара в МО, оказывающих амбулаторную и стационарную медицинскую помощь.

Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка), включенного в КПГ/КСГ составляет **15 198,98 рублей**. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одного застрахованного составляет **1 352,28 рублей**.

Оплата за лечение в дневном стационере производится путем применение тарифов в соответствии с клинико-профильными и клинико-статистическими группами. Длительность лечения отражается в календарных днях, при этом учитываются все дни лечения, включая выходные и праздничные дни, от поступления больного в дневной стационар до его выписки. День поступления и день выписки в дневном стационаре считаются за 2 дня лечения. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара на

территории Республики Ингушетия устанавливается в размере 1,0. Средний поправочный коэффициент оплаты (СПК) устанавливается в размере 1,15.

Значение коэффициента приведения (КП) на 2021 год составляет 0,69.

При формировании счета по конкретному страховому случаю, медицинская организация из перечня основных тарифов выбирает тарифы в соответствии с профилем отделения (профилем койки), в котором оказана медицинская помощь.

Все заболевания распределены по профилям медицинской помощи, при этом часть диагнозов, устанавливаемых при различных заболеваниях, хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях. При оплате медицинской помощи в подобных случаях отнесение заболевания к конкретной КПГ не учитывается. (при оказании медицинской помощи на терапевтических койках пациенту с диагнозом "Бронхиальная астма", который относится к КПГ "Пульмонология", оплата производится по соответствующей койкам КПГ, вне зависимости от того, что данная заболевание входит в КПГ "Пульмонология").

Исключением являются профиль "Медицинская реабилитация" и "Гериатрия", лечение в рамках которых осуществляется только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация" и "Гериатрия" соответственно.

Если предметом основных лечебно-диагностических мероприятий в рамках конкретного страхового случая явилось не основное заболевание, а сопутствующее (конкурирующее) заболевание, состояние или синдром, то при условии наличия заключения врачебной комиссии МО применяется тариф, предназначенный для этого состояния или заболевания.

В целях более эффективной оплаты медицинской помощи к прерванным случаям оказания медицинской помощи помимо случаев лечения, которые заканчиваются переводом пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выпиской пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальным исходом, при

проводении диагностических исследований в стационарных условиях, относятся также законченные случаи лечения, длительность которых составляет 3 дня и менее.

Перечень законченных случаев оказания медицинской, которые не могут быть отнесены к прерванным случаям лечения и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения:

**Перечень групп заболеваний, по которым в условиях дневного стационара оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения.**

№ п/п	Наименование групп заболеваний
1	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
2	Искусственное прерывание беременности (аборт)
3	Аборт медикаментозный
4	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе*
5	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети*
6	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
7	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
8	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
9	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
10	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
11	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ
12	Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или имmunогистохимического исследования
13	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
14	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
15	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
16	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
17	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
18	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
19	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
20	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*

21	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
22	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
23	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*
24	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*
25	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
26	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения, взрослые (уровень 1)
27	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
28	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
29	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)
30	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
31	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
32	Замена речевого процессора
33	Операции на органе зрения (уровень 1)
34	Операции на органе зрения (уровень 2)
35	Операции на органе зрения (уровень 3)
36	Операции на органе зрения (уровень 4)
37	Операции на органе зрения (уровень 5)
38	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
39	Отравления и другие воздействия внешних причин
40	Операции на органах полости рта (уровень 1)
41	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
42	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*

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

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

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

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

- при длительности лечения 3 дня и менее в размере 50% от стоимости КПГ или КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней 70% от стоимости КПГ или КСГ.

**Перечень групп заболеваний дневного стационара, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию**

№ п/п	Наименование групп заболеваний
1	Искусственное прерывание беременности (аборт)
2	Операции на женских половых органах (уровень 1)
3	Операции на женских половых органах (уровень 2)
4	Операции на мужских половых органах, дети
5	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети
6	Операции по поводу грыж, дети
7	Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов
8	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
9	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
10	Операции на периферической нервной системе
11	Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа
12	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
13	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
14	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
15	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
16	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
17	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
18	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
19	Замена речевого процессора
20	Операции на органе зрения (уровень 1)
21	Операции на органе зрения (уровень 2)
22	Операции на органе зрения (уровень 3)
23	Операции на органе зрения (уровень 4)
24	Операции на органе зрения (уровень 5)
25	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
26	Операции на сосудах (уровень 1)
27	Операции на сосудах (уровень 2)
28	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения
29	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
30	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
31	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
32	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
33	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)

34	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
35	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
36	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
37	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
38	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)
39	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)
40	Операции на органах кроветворения и иммунной системы
41	Операции на молочной железе
42	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
37	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)
38	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
39	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
40	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
41	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях
42	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
43	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)
44	Операции на органах полости рта (уровень 1)
45	Операции на органах полости рта (уровень 2)

В случае если фактическое количество дней введения в рамках случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

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).

Оплата прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия

не проводились.

## **Особенности оплаты случаев проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых**

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

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

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

*KZ<sub>КСГ/КПГ</sub>* коэффициент относительной затратоемкости по КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации

*D<sub>3П</sub>* доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением 3 к Программе значение, к которому применяется *KD*);

*PK* поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ (интегрированный коэффициент, рассчитываемый на региональном уровне);

*KD* коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

Применение поправочных коэффициентов и коэффициента дифференциации только к доле заработной платы и прочих расходов в структуре КСГ приведет к повышению эффективности расходования средств обязательного медицинского страхования, а также созданию возможности перераспределения средств в рамках общего объема средств на оплату

медицинской помощи по профилю «Онкология».

При использовании такого подхода при расчете базовой ставки учитывается следующее:

Оценку экономии, складывающейся в результате применения поправочных коэффициентов и коэффициента дифференциации только к доле заработной платы и прочих расходов в структуре КСГ, целесообразно проводить ежеквартально. Объем экономии, сложившийся по итогам квартала, может быть направлен:

- на увеличение базовой ставки на последующие периоды текущего года;
- на увеличение объема средств, направляемых на формирование нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для целей, определенных частью 6 статьи 26 Федерального закона № 326.

В случае пересчета размера базовой ставки по результатам оценки экономии, размер фактически сложившейся экономии (разница, между объемом средств, который мог бы быть направлен на оплату фактически оплаченных случаев госпитализаций взрослых с применением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях за истекший период текущего года в случае применения поправочных коэффициентов и коэффициента дифференциации ко всей стоимости КСГ, и объемом средств, фактически направленных на оплату случаев госпитализаций взрослых с применением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (за истекший период текущего года) отражается в дополнительном соглашении к тарифному соглашению, которым изменяется базовая ставка.

### **Оплата по двум КПГ или КСГ в рамках одного пролеченного случая**

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках дневного стационара (в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и из дневного стационара в круглосуточный – на усмотрение субъекта Российской Федерации), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного

прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КПГ или КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев.

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

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

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

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

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

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

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

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

Тарифы «Прием в центре здоровья» применяются при оказании медицинских услуг в «Центрах здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» в МО согласно **Приложения № 13** к ГТС на 2021 год.

Тариф за законченный случай оказания медицинской помощи в отделении эфферентной хирургии и диализа крови применяется согласно приложения №11 к ГТС на 2021 год.

## **6. Основные подходы к оплате медицинской помощи в рамках межучрежденческих расчетов**

Межучрежденческие расчеты осуществляются через страховую медицинскую организацию (по тарифам, установленным тарифным соглашением). Оплата осуществляется в пределах средств, перечисляемых ежемесячно Территориальным фондом ОМС Республики Ингушетия в СМО согласно заявке на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь.

Медицинскими организациями составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждую выполненную единицу объема медицинской помощи, входящей в подушевой норматив финансирования (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.

## **7. Порядок применения подушевых нормативов финансирования для оплаты скорой медицинской помощи в Республике Ингушетия и тарифа за вызов скорой медицинской помощи**

Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (далее – СМП) застрахованным лицам, которым полис обязательного медицинского страхования выдан в Республике Ингушетия, осуществляется по подушевым нормативам финансирования и за вызов скорой медицинской помощи, установленным в **Приложении № 15** к ГТС на 2021 год. Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации включает в себя расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорая (специализированная) медицинская помощь, оказываемая в экстренной и неотложной формах за исключением расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

Подушевые нормативы финансирования и стоимость вызова для оплаты скорой медицинской помощи в Республике Ингушетия определены для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению, проживающему в зоне обслуживания, и рассчитаны на основании годового объема денежных средств, предназначенных на оплату расходов скорой медицинской помощи в 2021 году, и численности обслуживаемых застрахованных лиц, которым полис обязательного медицинского страхования выдан в Республике Ингушетия (по состоянию на 01.01.2020 г.). Размер среднего подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одного застрахованного составляет 786,89 руб., базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой

медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации составляет 124,64 руб.

Коэффициент приведения скорой медицинской помощи (Пр<sub>СМП</sub>) рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{Пр}_{\text{СМП}} = \frac{\Pi_{\text{БАЗ}}}{\Phi_{\text{СР}}^{\text{СМП}}},$$

На 2021 год коэффициент приведения скорой медицинской помощи составляет 0,14.

Медицинские организации предъявляют к оплате счета (реестры счетов) на оплату оказанной скорой медицинской помощи в соответствии с порядком, установленным разделом 7 настоящего Приложения.

При наличии оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи СМО после оформления актов в установленном порядке уменьшает сумму сводного счета на сумму отказов, которая определяется в соответствии с Приложением №3 к ГТС на 2021 год. Позиции реестра, откazанные в оплате по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, повторному предъявлению к оплате не подлежат.

СМО перечисляет медицинским организациям, оказывающим скорую медицинскую помощь, вне медицинской организации сумму средств, причитающуюся ежемесячно на оплату по подушевым нормативам финансирования и по стоимости за вызов скорой медицинской помощи в соответствии с утвержденными плановыми объемами, на основании сводного счета, предъяvenного к оплате медицинской организацией за отчетный месяц и реестров счетов, в которых сумма к оплате выставляется в соответствии с утвержденными тарифами за вызов скорой медицинской помощи.