

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

в сфере обязательного медицинского страхования на территории Удмуртской Республики на 2026 год

г. Ижевск

« 29 » декабря 2025 года

РАЗДЕЛ I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории Удмуртской Республики на 2026 год разработано в соответствии со следующими нормативными правовыми актами:

Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями),

Федеральным законом Российской Федерации от 29.11.2010 № 326- «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изменениями),

постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 №2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов»,

постановлением Правительства Удмуртской Республики от 29.12.2025 №810 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Удмуртской Республики на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов»,

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»,

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 №44н «Об утверждении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (с изменениями),

письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.01.2025 № 31-2/115 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.01.2025 № 00-10-26-2-06/965 «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (с изменениями) (далее - Методические рекомендации МЗ РФ и ФФОМС)».

Сторонами, заключившими Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории Удмуртской Республики на 2026 год (далее - Тарифное соглашение), являются:

Орган исполнительной власти Удмуртской Республики в лице Первого заместителя Председателя Правительства Удмуртской Республики Чураковой Татьяны Юрьевны и министра здравоохранения Удмуртской Республики Багина Сергея Андреевича;

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики (далее - ТФОМС УР) в лице директора ТФОМС УР Валеева Тимура Анваровича и первого заместителя директора ТФОМС УР Олоновой Лады Александровны;

страховые медицинские организации в лице директора Административного обособленного структурного подразделения ООО «Страховая компания «Ингосстрах-М» - филиала в г. Ижевске Гориной Александры Владимировны и директора Административного структурного подразделения ООО "Капитал МС" - филиала в Удмуртской Республике Кирилиной Натальи Викторовны;

профессиональные союзы медицинских работников в лице председателя Удмуртской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации (далее - УРО ПРЗ РФ) Поповой Ольги Пантелеевны и председателя Первичной организации профсоюза бюджетного учреждения здравоохранения Удмуртской Республики "Городская клиническая больница №9 Министерства здравоохранения Удмуртской Республики" (далее - БУЗ УР "ГКБ №9 МЗ УР") Кузнецовой Натальи Николаевны;

медицинские профессиональные некоммерческие организации в лице членов общественной организации "Медицинская палата Удмуртской Республики по защите прав и интересов медицинских работников" Ивониной Елены Валерьевны и Ватулина Валерия Валерьевича.

1.1. Предмет Тарифного соглашения

Предметом Тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – тарифы по ОМС), их структуры и порядка применения на территории Удмуртской Республики, а также определение размеров санкций, применяемых к медицинским организациям в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Действие Тарифного соглашения распространяется на медицинские организации, страховые медицинские организации, функционирующие в сфере обязательного медицинского страхования, ТФОМС УР.

1.2. Список сокращений

ОМС – обязательное медицинское страхование;

ФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;

ТФОМС УР – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики;

Комиссия – Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Удмуртской Республике;

Программа – Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

Территориальная программа ОМС – Территориальная программа обязательного медицинского страхования;

СМО – страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере ОМС;

МО – медицинская организация, участвующая в реализации Территориальной программы ОМС;

СМП – скорая медицинская помощь;

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр);

КСГ – клинико-статистическая группа;

УЕТ – условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи;

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь;

ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение;

МЭК – медико-экономический контроль;

МЭЭ – медико-экономическая экспертиза;

ЭКМП – экспертиза качества медицинской помощи;

Группировщики - расшифровка клинико-статистических групп заболеваний для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (Расшифровка групп КС 2026.xlsx) и в условиях дневного стационара (Расшифровка групп ДС 2026.xlsx);

Номенклатура медицинских услуг – номенклатура медицинских услуг, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры

медицинских услуг» (с изменениями);

Коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства РФ от 5 мая 2012 г. № 462 (с изменениями) "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 - единый коэффициент дифференциации Удмуртской Республики, рассчитанный в соответствии с Постановлением №462), составляет 1,105.

РАЗДЕЛ II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

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

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и 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 C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом 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 субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

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

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

отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК - вируса гепатита С (Hepatitis C 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 взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;

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 динамическое 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 школ сахарного диабета и школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

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

за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том

числе клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ), группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний);

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 36.2 "Перечень КСГ, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно в стационарных условиях" к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа, а также за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы.

2.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

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

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, приведенных в **приложении 40.1** "Перечень КСГ, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно в условиях дневного стационара" к Тарифному соглашению, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

2.4. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

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

по подушевому нормативу финансирования;

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

2.5. 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 (при наличии)

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, а также медицинскую реабилитацию, применяется 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 (далее – полный подушевой норматив финансирования).

2.6. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании предоставленных медицинской организацией персонифицированных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, утвержденных решением Комиссии, по установленным настоящим Тарифным соглашением тарифам на оплату медицинской помощи. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются в зависимости от условий оказания медицинской помощи.

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

Медицинские организации ведут отдельный учет посещений при обращениях по поводу заболевания, посещений с профилактической и иной целью (в том числе профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, углубленной диспансеризации, диспансерного наблюдения), неотложной медицинской помощи, а также посещений, оказанных прикрепленному населению и некрепленному населению.

Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Удмуртской Республики, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты приведен в **приложении 1** к Тарифному соглашению.

РАЗДЕЛ III. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. В части медицинской помощи, оказываемой 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 ОМС в амбулаторных условиях – **9 466,8 руб.**, в том числе:

- при оплате по полному подушевому нормативу финансирования – **2776,2 руб.**

- при оплате медицинской реабилитации в амбулаторных условиях – **101,1 руб.**

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях рассчитан без учета средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, и без учета средств, предусмотренных на медицинскую реабилитацию.

3.1.1. Перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю «стоматология»), и перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования, приведены в **приложении 2** к Тарифному соглашению, в части подушевого норматива финансирования по профилю "Стоматология перечни приведены в **приложении 27** к Тарифному соглашению.

3.1.2. Расчет базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением медицинской помощи по профилю «стоматология»)

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

$$\text{ПН}_{\text{БАЗ}} = \left(\frac{\text{ОС}_{\text{ПНФ}} - \text{ОС}_{\text{РД}}}{\text{Ч}_3 \times \text{СКД}_{\text{от}} \times \text{СКД}_{\text{пв}} \times \text{КД}} \right)$$

где:

- ПН_{БАЗ}** Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей;
- ОС_{ПНФ}** объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей;
- ОС_{РД}** объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке, рублей;
- СКД_{от}** значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента 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;
- СКД_{пв}** значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава;
- КД** единый коэффициент дифференциации Удмуртской Республики, рассчитанный в соответствии с Постановлением №462, составляет 1,105.
- Ч₃** численность населения, прикрепленного к медицинским организациям Удмуртской Республики, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, человек.

СКД_{от} рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{СКД}_{\text{от}} = \frac{\sum (\text{КД}_{\text{от}}^i \times \text{Ч}_3^i)}{\sum (\text{Ч}_3^i)}, \text{ где}$$

KD_{OT}^i значение коэффициента 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;

$Ч_3^i$ численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той медицинской организации, человек.

По аналогичной формуле рассчитывается значение $СКД_{ПВ}$.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи установлен в размере: **2 103,6 руб.** в год (в месяц: **175,3 руб.**), в том числе без коэффициента дифференциации **1 903,7 руб.** в год.

3.1.3. Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации и коэффициентов половозрастного состава (за исключением медицинской помощи по профилю «стоматология»).

Половозрастные коэффициенты дифференциации рассчитываются на основании данных о фактической стоимости оказанной медицинской помощи на территории Удмуртской Республики, включаемой в состав базового подушевого норматива финансирования. Расчетный период для определения половозрастных коэффициентов дифференциации составляет 11 месяцев 2025 года.

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц 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.

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

$$P = З / M / Ч,$$

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 Удмуртской Республики.

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

$$P_j = Z_j/M/Ч_j,$$

где:

- З_j затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в j-тый половозрастной интервал, за расчетный период;
- Ч_j численность застрахованных лиц субъекта Удмуртской Республики, попадающего в j-тый половозрастной интервал.

Рассчитываются половозрастные коэффициенты дифференциации для каждой половозрастной группы по формуле:

$$КД_j = P_j/P.$$

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).

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в разрезе половозрастных групп населения установлены **приложением 4** к Тарифному соглашению.

3.1.4. Коэффициенты половозрастного состава для медицинских организаций (за исключением медицинской помощи по профилю «стоматология»).

Коэффициенты половозрастного состава для медицинских организаций рассчитываются по следующей формуле:

$$КД_{ПВ}^i = \sum_j (КД_{ПВ}^j \times Ч_3^j) / Ч_3^i,$$

где

- $КД_{ПВ}^i$ коэффициент половозрастного состава, определенный для i -той медицинской организации;
- $КД_{ПВ}^j$ половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для j -той половозрастной группы (подгруппы);
- $Ч_3^j$ численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той медицинской организации, в j -той половозрастной группе (подгруппе), человек;
- $Ч_3^i$ численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той медицинской организации, человек.

Коэффициенты половозрастного состава ($КД_{ПВ}$) по медицинским организациям, финансируемым по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, установлены **приложением 7** к Тарифному соглашению.

3.1.5. 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

Коэффициент дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц ($КД_{ОТ}$) применяется в отношении медицинских организаций (юридических лиц), имеющих в наличии подразделения, расположенные 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).

Коэффициенты дифференциации применяются в следующем размере:

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, – 1,113;
- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, – 1,04.

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

$$КД_{от}^i = (1 - \sum D_{отj}) + \sum (КД_{отj} \times D_{отj}),$$

где:

- $КД_{от}^i$ коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i -той медицинской организации;
- $D_{отj}$ доля населения, обслуживаемая j -ым подразделением, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек;
- $КД_{отj}$ коэффициент дифференциации, применяемый к j -ому подразделению, расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание и оплату труда персонала.

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, установлены **приложением 6** к Тарифному соглашению.

3.1.6. Коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации) ($КД_{ур}$), коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Удмуртской Республике ($КД_{зп}$) по медицинским организациям, финансируемым по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, установлены **приложением 5** к Тарифному соглашению (за исключением медицинской помощи по профилю «стоматология»).

В целях сохранения сбалансированности Территориальной программы обязательного медицинского страхования значения $КД_{ур}$ и $КД_{зп}$ 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 $K_{Дур}$ и $K_{Дзп}$ устанавливаются в размере не менее 1 для следующих медицинских организаций:

- федеральные медицинские организации;
- 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.

В целях единообразного подхода к установлению размеров подушевого норматива финансирования федеральных медицинских организаций (за исключением образовательных организаций высшего образования) и негосударственных медицинских организаций, являющихся единственными медицинскими организациями в конкретном населенном пункте, не может быть ниже подушевого норматива финансирования для медицинских организаций Удмуртской Республики, расположенных в крупных городах ($ПН_{круп}$).

В случае, если значение дифференцированного подушевого норматива финансирования федеральных медицинских организаций (за исключением образовательных организаций высшего образования) и негосударственных медицинских организаций, являющихся единственными медицинскими организациями в конкретном населенном пункте, складывается ниже параметра $ПН_{круп}$, умноженного на коэффициент дифференциации для конкретной федеральной медицинской организации (за исключением образовательных организаций высшего образования) и негосударственной медицинской организации, являющейся единственной медицинской организацией в конкретном населенном пункте, устанавливается для соответствующей медицинской организации увеличенное значение $K_{Дзп}$, $K_{Дур}$. (в том числе в случае, если среднее взвешенное значение указанного коэффициента с учетом численности прикрепленного к медицинским организациям населения превысит 1).

3.1.7. Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской организации (за исключением медицинской помощи по профилю «стоматология»).

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, ($ДП_H^i$) рассчитываются на основе базового подушевого

норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по следующей формуле:

$$ДП_{Н}^i = ПН_{БАЗ} \times КД_{ПВ}^i \times КД_{ур}^i \times КД_{зп}^i \times КД_{от}^i \times КД^i,$$

где:

$ДП_{Н}^i$ дифференцированный подушевой норматив для i -той медицинской организации, рублей;

$КД_{ПВ}^i$ коэффициент половозрастного состава для i -той медицинской организации;

$КД_{ур}^i$ коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации) для i -той медицинской организации;

$КД_{зп}^i$ коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения в Удмуртской Республике, для i -той медицинской организации (равен 1);

$КД_{от}^i$ коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i -той медицинской организации;

$КД^i$ коэффициент дифференциации для i -той медицинской организации.

Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций установлены **приложением 7** к Тарифному соглашению.

Объем средств, поступающих в медицинскую организацию по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях, включает расходы на оплату внешних медицинских услуг.

Под внешними медицинскими услугами в амбулаторных условиях понимаются посещения, обращения (законченные случаи) прикрепившихся к медицинской организации лиц, выполненные в других медицинских организациях (за исключением медицинских организаций 3 уровня).

Внешние медицинские услуги в амбулаторных условиях оплачиваются по установленным тарифам за посещение, обращение (законченный случай) медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, и удерживаются страховой медицинской организацией из финансирования медицинской организации, к которой эти лица прикреплены, за отчетный месяц.

Оплата медицинской помощи, оказанной по внешним услугам медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения, производится в пределах объемов медицинской помощи (по специальностям), установленных решением Комиссии.

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

Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, созданных для оказания первичной доврачебной помощи населению в сельских населенных пунктах, устанавливаются Территориальной программой ОМС и составляют:

фельдшерско-акушерский пункт (фельдшерский пункт, фельдшерский здравпункт), обслуживающий от 101 до 800 жителей, – 1694,7 тыс.руб.,

фельдшерско-акушерский пункт (фельдшерский пункт, фельдшерский здравпункт), обслуживающий от 801 до 1500 жителей, – 3389,6 тыс.руб.,

фельдшерско-акушерский пункт (фельдшерский пункт, фельдшерский здравпункт), обслуживающий от 1501 до 2000 жителей, – 3389,6 тыс.руб.

Базовый норматив финансовых затрат обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего до 101 жителя, составляет 1 525,3 тыс.руб. Понижающий коэффициент 0,9 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 800 жителей.

Базовый норматив финансовых затрат обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего более 2000 жителей, составляет 3728,5 тыс.руб. Повышающий коэффициент 1,1 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей.

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в i -той медицинской организации, рассчитывается по формуле:

$$ОС_{ФАП}^i = \sum_n (Ч_{ФАП}^n \times БНФ_{ФАП}^n \times КС_{БНФ}^n),$$

где:

$ОС_{ФАП}^i$ – объем средств, направляемых на финансовое обеспечение

фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в i -той медицинской организации;

$Ч_{\text{ФАП}}^n$ 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);

$\text{БНФ}_{\text{ФАП}}^n$ базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов n -го типа;

$\text{КС}_{\text{БНФ}}^n$ коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом №202 н (в том числе с учетом расчетного объема средств на оплату консультаций, связанных с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, аборт и инфекций, передаваемых половым путем).

Коэффициент специфики устанавливается:

- 1,0 при укомплектованности фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта основным медицинским работником (фельдшером, акушером);

-0,75 при укомплектованности фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта медицинским работником по совместительству (по совмещению) (фельдшером, акушером);

-0,5 при укомплектованности фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта только медицинской сестрой, а также при отсутствии медицинского работника.

В случае оказания медицинской помощи в фельдшерско-акушерских пунктах (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) женщинам репродуктивного возраста, но при отсутствии в указанных пунктах акушеров полномочия по работе с такими женщинами осуществляются фельдшером или медицинской сестрой (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем). В этом случае к размеру финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов устанавливается отдельный повышающий коэффициент, рассчитанный с учетом доли таких женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения.

Размер финансового обеспечения устанавливается фельдшерско-акушерским пунктам (фельдшерским пунктам, фельдшерским здравпунктам), имеющим лицензию, и в случае оказания медицинской помощи в данных пунктах.

В случае если в фельдшерско-акушерских пунктах (фельдшерских пунктах, фельдшерских здравпунктах) в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными приказом Минздравсоцразвития России № 202н от 14.04.2025 «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (с изменениями), или коэффициент специфики, 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:

$$OC_{\text{ФАП}}^j = OC_{\text{ФАПнг}}^j + \left(\frac{\text{БНФ}_{\text{ФАП}}^j \times \text{КС}_{\text{БНФ}}^j}{12} \times n_{\text{МЕС}} \right),$$

где:

$OC_{\text{ФАП}}^j$ фактический размер финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта;

$OC_{\text{ФАПнг}}^j$ объем средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта с начала года;

$n_{\text{МЕС}}$ количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

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

Базовые нормативы финансовых затрат, коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, применяемые к базовому нормативу финансовых затрат, и годовые размеры финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов установлены **приложением 8** к Тарифному соглашению.

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

Финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, а также видов расходов, не включенных в

подушевой норматив, осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

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

$$\Phi O_{\text{ФАКТ}} = \sum (O_{\text{МП}} \times T),$$

где:

- $\Phi O_{\text{ФАКТ}}$ фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;
- $O_{\text{МП}}$ фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи;
- T тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рублей.

Тариф за единицу объема является единым для всех медицинских организаций, включенных в один уровень оказания медицинской помощи, и применяется в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи при межучрежденческих и межтерриториальных расчетах.

Отнесение медицинских организаций к уровню оказания амбулаторной медицинской помощи представлено в **приложении 2** к Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату посещений, обращений амбулаторной медицинской помощи установлены **приложением 9** к Тарифному соглашению.

В стоимость тарифа за посещение, за обращение по заболеванию (законченный случай) включены расходы на проведение хирургических операций, лабораторные исследования, лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, выполненные в рамках посещения при оказании помощи в амбулаторных условиях.

3.1.10. Оплата профилактических медицинских осмотров (в том числе в рамках диспансеризации) и диспансерного наблюдения

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских

исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение».

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за счет средств ОМС 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, рентгенографии или флюорографии грудной клетки, компьютерной томографии органов грудной клетки), в соответствии с порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным МЗ РФ.

Тарифы на проведение: маммографии, рентгенографии или флюорографии грудной клетки, компьютерной томографии органов грудной клетки с использованием искусственного интеллекта, в том числе при оказании медицинской помощи, застрахованным на территории других субъектов РФ установлены **приложением 9** к Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, установлены дифференцированно в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни и использования для проведения профилактических осмотров и диспансеризации мобильных медицинских бригад, а также учитывают расходы на применение телемедицинских (дистанционных) технологий.

Оплата случаев диспансерного наблюдения осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, с учетом профиля врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядком проведения диспансерного наблюдения, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья.

Тарифы комплексного посещения в рамках проведения диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения (в том числе с применением телемедицинских технологий), включая тарифы на проведение указанных мероприятий в выходные дни и тарифы на оказание медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами, тарифы на углубленную диспансеризацию, тарифы комплексного посещения диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, в рамках второго этапа диспансеризаций определенных групп взрослого населения установлены **приложениями 12 (12.1, 12.2, 12.3, 12.4, 12.5, 12.6, 12.7)** к Тарифному соглашению.

Тарифы комплексного посещения диспансерного наблюдения, в том числе работающих граждан проводимых в Центрах здоровья (в том числе с

применением телемедицинских технологий) установлены **приложением 14, 14.1** к Тарифному соглашению.

3.1.11. Оплата медицинской помощи в центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия)

Оплата комплексных посещений с профилактической целью центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), в том числе для проведения обследования с целью оценки функциональных и адаптативных резервов здоровья, выявления факторов риска развития неинфекционных заболеваний, включая риск пагубного потребления алкоголя, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также обследования в целях выявления изменений в организме человека, которые могут привести к преждевременной активации механизмов старения и формированию факторов риска развития заболеваний и самих заболеваний, осуществляется вне подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях за единицу объема.

Тарифы комплексных посещений центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, установлены **приложением 15** к Тарифному соглашению.

Оплата медицинской помощи в центрах здоровья в рамках приказа Минздравсоцразвития России №597н от 19.08.2009 "Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака" (далее - Приказ №597н) производится за комплексное обследование при первом обращении и повторных посещениях с целью динамического наблюдения. Единицей объема первичной медико-санитарной помощи является посещение:

- проведение комплексного обследования (один раз в отчетном году),
- обращение для динамического наблюдения (повторное посещение).

Тарифы посещений, обращений в центры здоровья в рамках Приказа №597н с целью проведения комплексного обследования или динамического наблюдения представлены в **приложении 15** к Тарифному соглашению.

3.1.12. Оплата диагностических (лабораторных) исследований

Оплата диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-

анатомических исследований, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК - вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеазной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин (за исключением исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, проведения интравитреального введения ингибитора ангиогенеза, исследования для пациентов после трансплантации почки для контроля концентрации иммуносупрессивных препаратов в крови, маммографических исследований в части третьего экспертного прочтения, осуществляется за единицу объема.

Тарифы на диагностические (лабораторные) исследования утверждены **приложениями 17-25** к Тарифному соглашению.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний.

3.1.13. Оплата диализа в амбулаторных условиях

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

Проведение гемодиализа в амбулаторных условиях планируется и учитывается как 1 обращение по заболеванию в месяц, оплачивается с учётом количества фактически проведённых за месяц процедур (в среднем 13 услуг экстракорпорального диализа, 12-14 в зависимости от календарного месяца). Ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца планируются в услугах (в среднем 30 услуг, в зависимости от календарного месяца и начала оказания услуги).

Для оплаты услуг диализа Тарифным соглашением устанавливаются базовые тарифы на оплату диализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ» и код услуги А18.30.001 "Перитонеальный диализ") и коэффициенты относительной затратоемкости, применяемые для расчета стоимости прочих услуг диализа к установленным Тарифным соглашением базовым тарифам на оплату диализа.

Базовый тариф и коэффициенты относительной затратоемкости к базовому тарифу для оплаты диализа установлены **приложением 34** к Тарифному соглашению и применяется также для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях стационара и дневного стационара.

3.1.14. Оплата комплексных посещений школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе школ сахарного диабета и школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания

Оплата комплексных посещений школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе школ сахарного диабета и школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания осуществляется вне подушевого норматива финансирования. Медицинская помощь в рамках школы 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.

Медицинская организация ведет персонифицированный учет пациентов, прошедших обучение в школах, с указанием ФИО пациентов, дат, сроков и количества часов проведенного обучения и контактов пациентов.

Тарифы комплексных посещений школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе школ сахарного диабета и школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, установлены **приложением 16** к Тарифному соглашению.

3.1.15. Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях

Для оплаты стоматологической помощи в амбулаторных условиях единицей объема следует считать посещение с профилактической и иной целью, обращение по поводу заболевания и посещение в неотложной форме, стоимость которых определяется из количества содержащихся в них УЕТ и стоимости 1-ой УЕТ. При определении количества УЕТ, по которым осуществляется оплата, учитывается средняя кратность УЕТ в одном посещении, которая составляет 4,2 УЕТ, в одном посещении с профилактической целью – 4,0 УЕТ, в одном обращении в связи с заболеванием (законченном случае) – 9,4 УЕТ. За одну условную единицу трудоемкости (УЕТ) принимается 10 мин. При этом для учета случаев лечения обязательно используется следующее правило: один визит пациента является одним посещением.

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, приведено в **приложении 32** к Тарифному соглашению.

Тарифы для оплаты стоматологической помощи в амбулаторных условиях установлены **приложением 31** к Тарифному соглашению.

3.1.16. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «стоматология»

В рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования оплате по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к данной медицинской организации по профилю «стоматология» с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, подлежит первичная доврачебная, врачебная и специализированная медико-санитарная помощь, оказанная в амбулаторных условиях врачами по специальности «стоматология» (средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием), за исключением осмотров стоматолога в рамках проведения профилактических мероприятий (профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью; диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; диспансеризации детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме).

а) Расчет базового подушевого норматива финансирования стоматологической помощи в рамках программы ОМС осуществляется по формуле:

$$\text{ПН}_{\text{БАЗ стом}} = \left(\frac{\text{ОС}_{\text{ПНФ стом}} - \text{ОС}_{\text{РД стом}}}{\text{Ч}_{\text{З стом}} \times \text{СКД}_{\text{от}} \times \text{СКД}_{\text{ПВ стом}} \times \text{КД}} \right)$$

где:

$\text{ПН}_{\text{БАЗ стом}}$ Базовый (средний) подушевой норматив финансирования стоматологической помощи на прикрепившихся лиц, рублей;

$\text{ОС}_{\text{ПНФ стом}}$ объем средств на оплату стоматологической медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей;

$\text{ОС}_{\text{РД}}$ объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке, рублей;

$\text{СКД}_{\text{от}}$ значение среднего взвешенного с учетом численности

прикрепленного населения коэффициента 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;

СКД_{пв} значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава;

КД единый коэффициент дифференциации Удмуртской Республики, рассчитанный в соответствии с Постановлением №462, составляет 1,105.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи по профилю "стоматология" установлен в размере: **787,2 руб.** в год (в месяц: **65,6 руб.**), в том числе без коэффициента дифференциации **712,4 руб.** в год.

При расчете дифференцированного подушевого норматива финансирования для медицинских организаций в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по профилю "стоматология", учитываются все коэффициенты, применяемые при расчете амбулаторной помощи по подушевому нормативу финансирования.

б) Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации и коэффициентов половозрастного состава (КД_{пв} стом)

Половозрастные коэффициенты дифференциации рассчитываются на основании данных о фактической стоимости оказанной стоматологической медицинской помощи на территории Удмуртской Республики, включаемой в состав базового подушевого норматива финансирования. Расчетный период для определения половозрастных коэффициентов дифференциации составляет 11 месяцев 2025 года. Значения рассчитываются аналогично п. 3.1.3 и 3.1.4.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи по профилю "стоматология", оказываемой в амбулаторных условиях, в разрезе половозрастных групп населения установлены **приложением 28** к Тарифному соглашению.

Коэффициенты половозрастного состава (КД_{пв} стом) по медицинским организациям, финансируемым по подушевому нормативу финансирования на

прикрепившихся лиц по профилю "стоматология", установлены **приложением 28** к Тарифному соглашению.

в) 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)

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, установлены приложением 29 к Тарифному соглашению.

г) Перечень медицинских организаций отнесенных к уровню расходов (Кур) (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации) (КДур) установлен **приложением 26** к Тарифному соглашению.

д) Коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (Кур) (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации) (КДур), **коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников**, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Удмуртской Республике (КДзп) по медицинским организациям, финансируемым по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по профилю "стоматология" установлены **приложением 30** к Тарифному соглашению.

В целях сохранения сбалансированности Территориальной программы обязательного медицинского страхования значения $K_{Дур}$ и $K_{Дзп}$ для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, рассчитываются с учетом условий, изложенных в п. 3.1.6.

е) Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской организации

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования по профилю "стоматология" для медицинских организаций, участвующих в

реализации Территориальной программы ОМС, ($ДП_{Н\ стом}^i$) рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по следующей формуле:

$$ДП_{Н\ стом}^i = ПН_{БАЗ\ стом} \times КД_{ПВ\ стом}^i \times КД_{ур\ стом}^i \times КД_{зп\ стом}^i \times КД_{от}^i \times КД ,$$

где:

$ДП_{Н\ стом}^i$ дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской организации, рублей;

$КД_{ПВ\ стом}^i$ коэффициент половозрастного состава для i-той медицинской организации;

$КД_{ур\ стом}^i$ коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации) для i-той медицинской организации;

$КД_{зп\ стом}^i$ коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения в Удмуртской Республике, для i-той медицинской организации (равен 1);

$КД_{от}^i$ коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i-той медицинской организации;

$КД$ единый коэффициент дифференциации Удмуртской Республики, рассчитанный в соответствии с Постановлением №462, составляет 1,105.

Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования по профилю "стоматология" для медицинских организаций установлены **приложением 30** к Тарифному соглашению.

При оплате стоматологической медицинской помощи оплата внешних услуг не осуществляется.

ж) Показатели результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по профилю "стоматология"

Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций, оплата медицинской помощи по профилю "стоматология" в амбулаторных условиях, приведена в п.3.1.19 Тарифного соглашения.

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 или декабрь.

Приложением 33 к Тарифному соглашению определен перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, в части оказания стоматологической помощи.

3.1.17. Особенности оплаты медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

Финансовое обеспечение медицинской помощи с применением телемедицинских технологий осуществляется:

- в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения - за единицу объема медицинской помощи;

- в медицинских организациях, имеющих прикрепленное население (при оказании медицинской помощи застрахованному лицу, прикрепленному к указанной медицинской организации) - в рамках подушевого норматива финансирования;

- в медицинских организациях, имеющих прикрепленное население (при оказании медицинской помощи застрахованному лицу, прикрепленному к иной медицинской организации) - в рамках межучрежденческих расчетов из средств, получаемых по подушевому нормативу финансирования медицинской организацией, к которой прикреплено указанное застрахованное лицо.

При дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями (телемедицинские консультации в формате "врач - пациент") оплата осуществляется аналогично оплате за "очные" посещения с профилактической и иной целью или обращения по заболеванию, в разрезе врачебных специальностей, по тарифам, установленным **приложением 8** к Тарифному соглашению.

При дистанционном взаимодействии медицинских работников из разных медицинских организаций между собой (телемедицинские консультации в формате "врач - врач") межучрежденческие расчеты осуществляются через СМО, по реестрам внешних услуг, по единому тарифу, установленному **приложением 8** к Тарифному соглашению.

3.1.18. Основные подходы к оплате медицинской помощи в рамках межучрежденческих расчетов

Межучрежденческие расчеты осуществляются с использованием двух моделей организации оплаты:

- через страховую медицинскую организацию по тарифам для проведения межучрежденческих расчетов, установленным Тарифным соглашением;
- в рамках Договоров (без установления тарифов Тарифным соглашением).

При использовании модели оплаты в рамках межучрежденческих расчетов через СМО устанавливаются единые для всех медицинских организаций тарифы на оплату медицинской помощи при межучрежденческих расчетах, которые также применяются при проведении межтерриториальных расчетов.

В рамках межучрежденческих расчетов через СМО установлены:

а) тарифы на оплату патолого-анатомических вскрытий (посмертного патолого-анатомического исследования 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 Территориальную программу обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики, **приложением 11** к Тарифному соглашению.

б) тариф на услугу «Цитологическое исследование мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала при его окрашивании по Папаниколау» (код услуги А08.20.017 и А08.20.017.001), в рамках проведения диспансеризации взрослого населения и тариф на услугу «Жидкостное цитологическое исследование микропрепарата шейки матки» (код услуги А08.20.017.002) диспансеризации репродуктивного возраста, **приложениями 12.6 и 13** к Тарифному соглашению.

Проведение межучрежденческих расчетов через СМО, по реестрам внешних услуг, предусмотрено в следующем порядке:

- медицинская организация, в которой при получении медицинской помощи в стационарных условиях произошла смерть застрахованного лица, формирует и предъявляет под оплату счет и реестр счета по медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, содержащий указанный случай с летальным исходом;

- медицинская организация, которая провела диспансеризации взрослого населения, диспансеризации репродуктивного возраста в амбулаторных условиях, формирует и предъявляет под оплату счет и реестр счета по диспансеризации взрослого населения, диспансеризации репродуктивного возраста;

- медицинская организация, которая провела патолого-анатомическое вскрытие тела данного умершего, медицинскую услугу «Цитологическое исследование мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала при его окрашивании по Папаниколау» и «Жидкостное цитологическое исследование микропрепарата шейки матки» формирует и предъявляет под оплату счет и реестр счета по данным медицинским услугам, по установленным тарифам с обязательным указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление.

СМО по результатам проведенного медико-экономического контроля всех счетов и реестров счетов, предъявленных к оплате за текущий отчетный период, формирует реестры внешних услуг:

- по патолого-анатомическим вскрытиям, по каждой медицинской организации и удерживает стоимость принятых к оплате случаев патолого-анатомических вскрытий из счета по стационарной медицинской помощи медицинской организации, направившей тело умершего на патолого-анатомическое вскрытие;

- по услуге «Цитологическое исследование мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала при его окрашивании по Папаниколау» и «Жидкостное цитологическое исследование микропрепарата шейки матки» по каждой медицинской организации и удерживает стоимость принятых к оплате случаев из счета по амбулаторной медицинской помощи соответственно диспансеризации взрослого населения или диспансеризации репродуктивного возраста медицинской организации, направившей на исследование данной услуги (в рамках диспансеризации взрослого населения или диспансеризации репродуктивного возраста).

Обязательное условие приема под оплату медицинской услуги по патолого-анатомическим вскрытиям, услугам «Цитологическое исследование мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала при его окрашивании по Папаниколау» и «Жидкостное цитологическое исследование микропрепарата шейки матки», является наличие в реестре счета данного пациента медицинской организации направившей материал на исследование.

При использовании модели оплаты медицинской помощи в рамках Договора между медицинскими организациями без участия СМО, оплата осуществляется медицинской организацией а рамках Договора, в том числе и из средств ОМС, полученных от СМО по реестрам счетов за оказанную медицинскую помощь. Комиссия не вправе устанавливать тарифы на оплату медицинской помощи в рамках Договора.

3.1.19. Показатели результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, в том числе по профилю "Стоматология".

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 балльной оценки.

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

$$ОС_{\text{ПН}} = ДП_{\text{Н}}^i \times Ч_{\text{З}}^i + ОС_{\text{РД}},$$

где:

$ОС_{\text{ПН}}$ финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, рублей;

$ОС_{\text{РД}}$ объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке (далее – объем средств с учетом показателей результативности), рублей;

$ДП_{\text{Н}}^i$ дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций проводится Комиссией 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 или декабрь.

Приложением 33 к Тарифному соглашению определен перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций (далее – показатели результативности деятельности).

Средства, полученные медицинской организацией за выполнение целевых показателей результативности деятельности, используются на оплату расходов, включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи в соответствии с Тарифным соглашением.

При этом коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами, заключаемыми в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права и регулируемыми системы оплаты труда в медицинских организациях, в том числе системы доплат и надбавок стимулирующего характера и системы премирования, необходимо предусмотреть стимулирующие выплаты медицинским работникам за достижение аналогичных показателей.

Показатели разделены 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.

Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в разрезе блоков представлен в **приложении 33.1** к Тарифному соглашению.

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

Каждый показатель, включенный в блок, оценивается в баллах, которые суммируются. Показатели результативности, включенные в блок 4 "Оценка качества оказания медицинской помощи" могут иметь отрицательные значения, при этом баллы вычитаются из количества баллов, набранных медицинской организацией по четвертому блоку показателей. При достижении отрицательного количества баллов по четвертому блоку при подсчете общей суммы баллов по медицинской организации принимается значение баллов по четвертому блоку равным нулю.

Максимально возможная сумма баллов по каждому блоку составляет:

- 35 баллов для показателей блока 1 (взрослое население);
- 35 баллов для показателей блока 2 (детское население);
- 35 баллов для показателей блока 3 (женское население);
- 35 баллов для показателей блока 4 (оценка качества оказания медицинской помощи);
- 12 баллов для показателей блока 5 (стоматологическая помощь).

В зависимости от результатов деятельности медицинской организации по каждому показателю определяется соответствующий балл.

С учетом фактического выполнения показателей медицинские организации распределяются на три группы:

I – выполнившие до 40 процентов показателей,

II – выполнившие от 40 (включительно) до 60 процентов показателей,

III – выполнившие от 60 (включительно) процентов показателей.

Показатель считается выполненным только при положительном количестве баллов.

В случае, если медицинская организация удовлетворяет нескольким критериям для начисления баллов, ей присваивается максимальный из возможных для начисления балл. В случае, если значение, указанное в знаменателе соответствующих формул, приведенных в Приложении 25 к Тарифному соглашению, равняется нулю, баллы по показателю не начисляются, а указанный показатель может исключаться из числа применяемых показателей при расчете доли достигнутых показателей результативности для медицинской организации за период.

Рекомендуемый порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций представлен в Приложении 25 к Тарифному соглашению.

Объем средств 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:

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

где:

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

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

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

В качестве численности прикрепленного населения к конкретной медицинской организации используется средняя численность за период. При

осуществлении выплат по итогам достижения показателей результативности ежегодно средняя численность рассчитывается по формуле:

$$\text{Числ}_i^j = \frac{\text{Ч}_{\text{мес}1} + \text{Ч}_{\text{мес}2} + \dots + \text{Ч}_{\text{мес}11} + \text{Ч}_{\text{мес}12}}{12},$$

где:

- $\text{Ч}_{\text{мес}}$ среднегодовая численность прикрепленного населения к i -той медицинской организации в j -м году, человек;
- $\text{Ч}_{\text{мес}1}$ численность прикрепленного населения к i -той медицинской организации по состоянию на 1 число первого месяца j -го года, человек;
- $\text{Ч}_{\text{мес}2}$ численность прикрепленного населения к i -той медицинской организации по состоянию на 1 число второго месяца года, следующего за j -тым, человек;
- $\text{Ч}_{\text{мес}11}$ численность прикрепленного населения к i -той медицинской организации по состоянию на 1 число одиннадцатого месяца j -го года, человек;
- $\text{Ч}_{\text{мес}12}$ 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 ($\text{ОС}_{\text{РД(нас)}}^j$), рассчитывается по следующей формуле:

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

где:

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

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

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

$$\text{ОС}_{\text{РД(балл)}}^j = \frac{0,3 \times \text{ОС}_{\text{РД}}^j}{\sum \text{Балл}},$$

где:

$OC_{RD(балл)}^j$	объем средств, используемый при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 балл, рублей;
OC_{RD}^j	совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;
$\sum Балл$	количество баллов, набранных в j-м периоде всеми медицинскими организациями III группы.

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

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

где:

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

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 производится в полном объеме при условии снижения показателей смертности прикрепленного к ней населения в возрасте от 30 до 69 лет (за исключением смертности от внешних причин) и (или) смертности детей в возрасте 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 (или) выполнено медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема

медицинской помощи, Комиссия вправе применять понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат.

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.

3.2. В части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

3.2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой обязательного медицинского страхования:

в стационарных условиях – 10 257,4 руб., в том числе:

- при оплате по полному ПНФ – 3 294,0 руб.;

в условиях дневного стационара – 2 358,6 руб., в том числе:

- при оплате по полному ПНФ – 591,2 руб.;

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара рассчитан без учета средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, и без учета средств, предусмотренных на медицинскую реабилитацию.

Кроме того, при оплате медицинской реабилитации в стационарных условиях **334,4 руб.**, в условиях дневного стационара - **92,7 руб.**,

Размер среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, (без учета медицинской реабилитации) составляет:

в стационарных условиях – 61 603,42 руб.,

в условиях дневного стационара – 36 046,09 руб.

3.2.2. Перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний),

состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в составе программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи с указанием коэффициентов относительной затратно-емкости КСГ, коэффициентов специфики, в том числе с указанием доли заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ установлен для медицинской помощи:

в стационарных условиях – в соответствии с **приложением 36** к Тарифному соглашению,

в условиях дневного стационара – в соответствии с **приложением 40** к Тарифному соглашению.

3.2.3. Основные подходы к оплате медицинской помощи по КСГ

Отнесение случая лечения к конкретной КСГ на основе классификационных критериев группировки осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями МЗ РФ и ФОМС.

Критериями отнесения законченного случая лечения пациента к конкретной клинико-статистической группе являются:

- диагноз (код по МКБ-10);
- 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);
- схема лекарственной терапии;
- МНН лекарственного препарата;
- сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ-10);
- оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (SequentialOrganFailureAssessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (PediatricSequentialOrganFailureAssessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации, индекс оценки тяжести и распространения псориаза (PsoriasisAreaSeverityIndex, PASI);
- длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);
- количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- показания к применению лекарственного препарата;

- возраст и пол пациента;
- степень тяжести заболевания;
- этап лечения, в том числе этап проведения экстракорпорального оплодотворения, долечивание пациентов с новой коронавирусной инфекцией, посттрансплантационный период после пересадки костного мозга;
- показания к применению лекарственного препарата;
- объем послеоперационных грыж брюшной стенки;
- сочетание нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия;
- длительность лечения.

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

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

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре по КСГ ($СС_{КСГ}$) (за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов) определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + БС \times КД^* \times КСЛП$$

где:

- | | |
|-------------------------|--|
| БС | базовая ставка, в круглосуточном стационаре (дневном стационаре) без учета коэффициента дифференциации, рублей; |
| КЗ_{КСГ} | коэффициент относительной затратоемкости КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации; |
| КС_{КСГ} | коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации; |
| КУС_{МО} | коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, в которой был пролечен пациент; |
| КД | единый коэффициент дифференциации Удмуртской Республики, рассчитанный в соответствии с Постановлением №462, составляет 1,105. |
| 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:

$$CC_{КСГ} = BC \times KZ_{КСГ} \times ((1 - D_{ЗП}) + D_{ЗП} \times KC_{КСГ} \times KUC_{МО} \times KD) + BC \times KD^* \times KСЛП,$$

где:

$D_{ЗП}$ — доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением № 4 к Программе значение, к которому применяется КД, КС и КУС);

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

3.2.5. 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 (в условиях дневного стационара) и оплачиваемой по КСГ (ОС);

-общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ ($Ч_{сл}$);

-среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ (СПК).

Размер базовой ставки рассчитывается по формуле:

$$BC = \frac{OC - O_{слп}}{Ч_{сл} \times СПК \times KD}$$

СПК рассчитывается по формуле:

$$СПК = \frac{\sum (KZ_i \times ((1 - D_{ЗП}) + D_{ЗП} \times KC_{КСГ} \times KUC_{МО}^i \times KD_i) \times Ч_{сл}^i)}{Ч_{сл}}$$

Если для КСГ не установлена доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, значение $D_{зп}$ принимается равным 1.

Размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) устанавливается в следующих размерах:

в стационарных условиях:

- 37 717,53 рублей с учетом коэффициента дифференциации,
- 34 133,51 рубля без учета коэффициента дифференциации.

в условиях дневного стационара:

- 20 492,66 рубля с учетом коэффициента дифференциации,
- 18 545,39 рубля без учета коэффициента дифференциации;

а) Коэффициент относительной затратоемкости КСГ

Коэффициенты относительной затратоемкости установлены на уровне Российской Федерации и 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 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» (далее – Указ № 597), стоимости 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 комплексов¹, включенных в нормы лечебного питания, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 июня 2013 г. № 395н «Об утверждении норм лечебного питания».

Значения коэффициента относительной затратоемкости в условиях стационара установлены **приложением 36** к Тарифному соглашению, в условиях дневного стационара – **приложением 40** к Тарифному соглашению.

б) Коэффициент специфики оказания медицинской помощи

¹ Закупке подлежат специализированные продукты лечебного и диетического питания, смеси белковые композитные сухие, выпускаемые по ГОСТ 33933-2016 «Продукты диетического лечебного и диетического профилактического питания. Смесей белковые композитные сухие. Общие технические условия», и витаминно-минеральные комплексы, выпускаемые по ГОСТ Р 57106-2016 «Продукты диетического лечебного и диетического профилактического питания. Комплексы витаминно-минеральные в лечебном питании. Технические условия» и ГОСТ Р 58040-2017 «Комплексы витаминно-минеральные. Общие технические условия».

Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи установлены в целях приведения стоимости медицинской помощи к финансовым нормативам, установленным Территориальной программой ОМС.

Значения коэффициента специфики установлены:

в условиях стационара **приложением 36** к Тарифному соглашению, с учетом перечней КСГ, определенных Методическими рекомендациями МЗ РФ и ФФОМС, для которых не применяются понижающие (повышающие) коэффициенты специфики;

в условиях дневного стационара **приложением 41** к Тарифному соглашению.

К КСГ, начинающихся с символов st19 и ds19 (профиль «Онкология»), а также st08 и ds08 (профиль «Детская онкология»), коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1).

Перечень КСГ в условиях круглосуточного стационара, к которым **не применяются понижающие коэффициенты специфики**, в связи 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:

Код 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)

Перечень КСГ в условиях стационара, для которых **не применяются повышающие** коэффициенты специфики, так как лечение по данным КСГ должно преимущественно осуществляться в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара:

Код 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

Код КСГ	Наименование КСГ
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

Для КСГ в дневном стационаре подобные перечни не устанавливаются.

в) Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий. Средние значения коэффициентов уровня и границы подуровня оказания медицинской помощи регламентируются Методическими рекомендациями МЗ РФ и ФФОМС. Перечни медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, и значения коэффициентов уровня в стационарных условиях установлены **приложением 35** к Тарифному соглашению, перечни медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, и значения коэффициентов уровня в условиях дневного стационара установлены **приложением 39** к Тарифному соглашению.

Установление индивидуального коэффициента уровня (подуровня) медицинской организации в стационарных условиях и в условиях дневного стационара не допускается.

К отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, коэффициент уровня (подуровня) при оплате не применяется (принимается равным 1). Исчерпывающий перечень таких КСГ в стационарных условиях установлен Методическими рекомендациями МЗ РФ и ФФОМС и приведен в **приложении 36.1** к Тарифному соглашению.

г) Коэффициент сложности лечения пациента

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) устанавливается к отдельным случаям оказания медицинской помощи установлены **приложением 37 (37.1 -37.5)** к Тарифному соглашению.

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

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 **приложением 37** 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 и в условиях дневного стационара определяется без учета коэффициента дифференциации Удмуртской Республики.

д) Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников

В целях распределения и доведения до медицинских организаций иных межбюджетных трансфертов бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, в рамках реализации территориальной программы ОМС в целях сохранения целевых показателей оплаты труда отдельных категорий медицинских работников, определенных Указом № 597, Комиссия устанавливает дифференцированное значение коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренных «дорожной картой» развития здравоохранения Удмуртской Республики, в соответствии с Указом № 597 для отдельных медицинских организаций.

До выделения межбюджетных трансфертов бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, в рамках реализации территориальной программы ОМС, коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренных «дорожной картой» развития здравоохранения Удмуртской Республики, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» при оплате медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара устанавливается в значении 1 для всех медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС.

Значения коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренных «дорожной картой» развития здравоохранения Удмуртской Республики, в условиях стационара установлены в **приложении 36.4** к Тарифному соглашению, в условиях дневного стационара в **приложении 40.3** к Тарифному соглашению.

3.2.6. 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 прерывания 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 прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);
7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1–7 данного пункта) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно;
9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st 37.002, st37.003, st 37.006, st 37.007, st 37.024, st 37.025, st 37.026, st 37.027, st 37.028, s t37.029, st 37.030, st 37.031, ds 37.017, ds 37.018, ds 37.019, а также случаев лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020 - ds12.028 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и «Группировщиками».

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

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2–10 пункта 3.2.8 Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2–4 пункта 3.2.6 Тарифного соглашения.

Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения в соответствии с Программой РФ) по КСГ, перечисленным в **приложении 36.2** "Перечень КСГ, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно в стационарных условиях" и в **приложении 40.1** "Перечень КСГ, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно в условиях дневного стационара" к Тарифному соглашению, не может быть отнесен к прерванным случаям 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.

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 3.2.6 Тарифного соглашения, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ.

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

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

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, приведен в **приложении 36.3** (в стационарных условиях) и **приложении 40.2** (в условиях дневного стационара) Тарифного соглашения.

3.2.7. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии осуществляется в соответствии с порядком установленным Методическими рекомендациями МЗ РФ и ФФОМС:

Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов в возрасте 18 лет и старше (п. 4.2.1 Методических рекомендаций МЗ РФ и ФФОМС);

Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D) (п.4.2.2 Методических рекомендаций МЗ РФ и ФФОМС);

Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (п. 4.2.3 Методических рекомендаций МЗ РФ и ФФОМС).

3.2.8. Оплата случая лечения по 2 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 или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую; оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным пунктом 3.2.6 данного раздела основаниям;

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.

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

10. В случае длительности госпитализации при лекарственной терапии пациентов со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей более 30 дней.

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.

3.2.9. Порядок оплаты случаев лечения по отдельным профилям оказания медицинской помощи

Оплата случаев лечения по отдельным профилям оказания медицинской помощи осуществляется в соответствии с порядком установленным Методическими рекомендациями МЗ РФ и ФФОМС:

Порядок оплаты случаев лечения, предполагающие сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту (п.4.4 Методических рекомендаций МЗ РФ и ФФОМС);

Порядок оплаты случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация» (п. 4.5 Методических рекомендаций МЗ РФ и ФФОМС);

Порядок оплаты случаев лечения при оказании услуг диализа (п.4.6 Методических рекомендаций МЗ РФ и ФФОМС);

Порядок оплаты случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология» (п. 4.7 Методических рекомендаций МЗ РФ и ФФОМС);

Порядок оплаты случаев лечения по профилю «Онкология» (п. 4.8 Методических рекомендаций МЗ РФ и ФФОМС).

3.2.10. Оплата высокотехнологической медицинской помощи

Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, устанавливаются **приложением 38** к Тарифному соглашению.

3.3. В части скорой медицинской помощи

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает расходы на оплату скорой медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой гражданам в экстренной и неотложной формах вне медицинской организации, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации, в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, не включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, оплачиваемой по отдельным тарифам:

- за вызов скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Удмуртской Республики;

- за вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи;

- за вызов скорой медицинской помощи при транспортировке пациентов детского возраста выездными консультативными бригадами скорой медицинской помощи (с использованием автотранспорта).

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, и оплата скорой медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, приведен в **приложении 1** к Тарифному соглашению.

3.3.1. Расчет объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, рассчитывается по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{СМП} = \frac{OС_{СМП}}{Ч_3},$$

где:

OС_{СМП} объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Удмуртской Республики, рублей;

Ч₃ численность застрахованного населения Удмуртской Республики, человек (1 460 654 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 ОМС Удмуртской Республики, определяется по следующей формуле:

$$OС_{СМП} = (N_{OСМП} \times N_{фзСМП}) \times Ч_3 - OС_{МТР}$$

где:

- Но_{СМП} 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 (0,29 вызовов);
- Нфз_{СМП} 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 (**5 635,94** рублей);
- ОС_{МТР} размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам Удмуртской Республики, (**44 661,30** тыс. рублей).

Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, определенный на основе нормативов объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой обязательного медицинского страхования, – **1 440,4 руб.**

3.3.2. Определение базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи (рассчитанный с учетом коэффициента дифференциации), оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Удмуртской Республики, по следующей формуле:

$$Пн_{БАЗ} = \frac{ОС_{СМП} - ОС_{В}}{Ч_3 \times КД},$$

- Пн_{БАЗ} базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;

ОС_В объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в Удмуртской Республике лицам за вызов тромболитической терапии и транспортировку пациентов детского возраста выездными консультативными бригадами скорой медицинской помощи (с использованием автотранспорта), рублей (33 279,80 тыс. рублей).

КД единый коэффициент дифференциации Удмуртской Республики, рассчитанный в соответствии с Постановлением №462, составляет 1,105.

Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи **1 418,4 руб.** в год (в месяц: **118,20 руб.**), в том числе без коэффициента дифференциации **1 283,6 руб.** в год.

3.3.3. 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 скорой медицинской помощи на территории Удмуртской Республики, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций по формуле:

$$ДПн^i = Пн_{БАЗ} \times КД_{ПВ}^i \times КД_{УР}^i \times Д_{ЗП}^i \times КД^i ,$$

где:

ДПнⁱ дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей;

КД_{ПВ}ⁱ коэффициент половозрастного состава;

КД_{УР}ⁱ коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения);

КД_{ЗП}ⁱ коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Удмуртской Республике (значение коэффициента, с февраля = 1).;

КДⁱ коэффициент дифференциации медицинской организации

(значение коэффициента = 1).

Основным фактором дифференциации подушевого норматива является половозрастной состав застрахованного населения. При расчете коэффициентов половозрастного состава при оплате скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования используется подход, аналогичный изложенному в пункте 3.1.3 Тарифного соглашения, за исключением установления значений половозрастного коэффициента в размере не менее 1,6 для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, приведены в **приложении 43** к Тарифному соглашению.

Значения ежемесячных дифференцированных подушевых нормативов финансирования, коэффициенты половозрастного состава медицинской организации, коэффициенты уровня расходов медицинских организаций, коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Удмуртской Республике, приведены в **приложении 44** к Тарифному соглашению.

Тариф вызова скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, установлен в размере **75 636 руб.**

Тариф вызова скорой медицинской помощи без проведения тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, установлен в размере **5 635,94 руб.**

Оплата скорой медицинской помощи при транспортировке пациентов детского возраста выездными консультативными бригадами скорой медицинской помощи (с использованием автотранспорта) осуществляется за вызов, дифференцированный в зависимости от километража, и установлен в размере:

от 301 км до 600 км - **30 000 руб.**

от 601 км и выше км - **75 636 руб.**

3.4. В части оплаты медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, стационарных условиях и в условиях дневного стационара (при наличии)

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, применяется способ оплаты 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, в том числе показателей объема медицинской помощи.

Перечень медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по полному подушевому нормативу финансирования, приведен в **приложении 1** к Тарифному соглашению.

3.4.1. 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, – **6 661,4 руб.**, в том числе:

в стационарных условиях – **3 294,0 руб.**,

в условиях дневного стационара – **591,2 руб.**,

в амбулаторных условиях – **2 776,2 руб.**

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях рассчитан без учета средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, и без учета средств, предусмотренных на медицинскую реабилитацию.

3.4.2. Размер базового полного подушевого норматива финансирования на одно прикрепленное застрахованное лицо, без учета средств за показатели результативности деятельности медицинской организации, составляет **6 608,9 руб. в год** (в месяц: **550,74 руб.**), в том числе без коэффициента дифференциации **5 980,9 руб. в год.**»;

3.4.3. Перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по полному подушевому нормативу финансирования, и перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне полного подушевого норматива финансирования, приведены в **приложении 44** к Тарифному соглашению.

3.4.4. Ежемесячный объем средств, направляемый в медицинскую организацию на оплату медицинской помощи по полному подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, определяется ежемесячно

для каждой медицинской организации исходя из значения фактического дифференцированного полного подушевого норматива финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи и среднесписочной численности прикрепленного населения. Размер финансового обеспечения i -той медицинской организации (МО), имеющей прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которой осуществляется по полному подушевому нормативу финансирования, определяется по следующей формуле:

$$ППНФ_j^i = ФДП_{Нj}^i * Чз_j^i + ОС_{РДj}^i,$$

где:

- $ППНФ_j^i$ размер средств, направляемых на финансовое обеспечение i -той МО по полному подушевому нормативу финансирования в j -месяц, рублей;
- $ФДП_{Нj}^i$ фактический дифференцированный полный подушевой норматив финансирования для i -той МО в j -месяц, рублей;
- $Чз_j^i$ среднесписочная численность прикрепленного населения к i -той МО за полный календарный j -месяц, человек;
- $ОС_{РДj}^i$ размер средств, направляемых по итогам года на выплаты i -той МО, при условии достижения целевых значений показателей результативности деятельности МО, рублей.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оплачиваемой по полному подушевому нормативу финансирования, в разрезе медицинских организаций приведены в **приложении 47** к Тарифному соглашению.

При расчете дифференцированного полного подушевого норматива финансирования для медицинских организаций в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (с учетом стоматологической и неотложной помощи), учитываются все коэффициенты, применяемые при расчете амбулаторной помощи по подушевому нормативу финансирования.

3.4.5. Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации и коэффициентов половозрастного состава

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в разрезе половозрастных групп населения установлены **приложением 45** к Тарифному соглашению.

3.4.6. 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

Коэффициент дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц ($K_{Дот}$) применяется в отношении медицинских организаций, имеющих в наличии подразделения, расположенные 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).

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, установлены **приложением 46** к Тарифному соглашению.

3.4.7. Коэффициенты половозрастного состава ($K_{ДПВ}$), коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации) ($K_{Дур}$), коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Удмуртской Республике ($K_{ДЗП}$) по медицинским организациям, финансируемым по полному подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, установлены **приложением 47 к Тарифному соглашению.**

Объем средств, поступающих в медицинскую организацию по полному подушевому нормативу финансирования, включает расходы на оплату внешних медицинских услуг в амбулаторных условиях.

Под внешними медицинскими услугами в амбулаторных условиях понимаются посещения, обращения (законченные случаи) прикрепившихся к медицинской организации лиц, оказанные в других медицинских организациях (за исключением медицинских организаций 3 уровня).

Внешние медицинские услуги в амбулаторных условиях оплачиваются по установленным тарифам за посещение, обращение (законченный случай) медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, и удерживаются страховой медицинской организацией из финансирования медицинской организации, к которой эти лица прикреплены, за отчетный месяц. В стационарных условиях, в условиях дневного стационара, в амбулаторных условиях при оплате стоматологической медицинской помощи оплата внешних услуг не осуществляется (кроме отдельных исследований, согласно п. 3.1.18).

Оплата медицинской помощи по видам медицинской помощи, не включенным в полный подушевой норматив, проводится за единицу объема медицинской помощи по тарифам, установленным Тарифным соглашением.

Тарифы на оплату посещений, обращений амбулаторной медицинской помощи установлены **приложением 8** к Тарифному соглашению.

В стоимость тарифа за посещение, за обращение (законченный случай) по заболеванию включены расходы на проведение хирургических операций, лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, выполненные в рамках посещения при оказании помощи в амбулаторных условиях.

Тарифы комплексного посещения в рамках проведения диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения (в том числе с применением телемедицинских технологий), включая тарифы на проведение указанных мероприятий в выходные дни и тарифы на оказание медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами, тарифы на углубленную диспансеризацию, тарифы комплексного посещения по диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, в том числе в рамках второго этапа; диспансерного наблюдения установлены **приложением 11 (11.1, 11.2, 11.3, 11.4, 11.5, 11.6, 11.7, 12, 13, 13.1)**.

Тарифы комплексных посещений школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, установлены **приложением 15** к Тарифному соглашению.

Тарифы на диагностические (лабораторные) исследования установлены в **приложениях 17-25** к Тарифному соглашению.

Базовые нормативы финансовых затрат, коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, применяемые к базовому нормативу финансовых затрат, и годовые размеры финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов установлены **приложением 7** к Тарифному соглашению.

Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по полному подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, применяется только к части амбулаторной медицинской помощи, приведенной в **п.3.1.19** Тарифного соглашения.ё

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 или декабрь.

Приложением 33 к Тарифному соглашению определен перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций (далее – показатели результативности деятельности).

Средства, полученные медицинской организацией за выполнение целевых показателей результативности деятельности, используются на оплату расходов, включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи в соответствии с Тарифным соглашением.

3.5. В части оплаты медицинской реабилитации

3.5. 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, – **528,19** руб., в том числе:

в стационарных условиях – **334,4** руб.,

в условиях дневного стационара – **92,7** руб.,

в амбулаторных условиях – **101,1** руб.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи по медицинской реабилитации рассчитан без учета средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС.

3.5.1. Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях (в том числе на дому), 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 ОМС в соответствии с Программой территориального норматива объема и норматива финансовых затрат на единицу объема для медицинской реабилитации.

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях дифференцирована в зависимости от заболевания (профиля заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация.

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

Тарифы на оплату медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, тарифы на оплату медицинской

реабилитации на дому с учетом расходов на проведение консультаций с применением телемедицинских технологий установлены **приложением 9** к Тарифному соглашению.

3.5.2. Оплата медицинской реабилитации в условиях круглосуточного и дневного стационаров

Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация» в условиях круглосуточного и дневного стационаров осуществляется в соответствии с порядком установленным Методическими рекомендациями МЗ РФ и ФФОМС (п. 4.5 Методических рекомендаций МЗ РФ и ФФОМС).

3.6. Структура тарифа на оплату медицинской помощи

Формирование тарифов осуществляется в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, утвержденной Правилами ОМС.

Тарифы на медицинские услуги являются едиными для всех СМО, оплачивающих медицинскую помощь, оказанную гражданам в медицинских организациях Удмуртской Республики.

Тарифы на медицинские услуги являются едиными для оплаты медицинской помощи оказанной застрахованным гражданам на территории Удмуртской Республики, в том числе и при межтерриториальных расчетах.

Проведение 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 осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

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), организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, включая расходы на использование беспилотных авиационных систем (транспортных средств) для транспортировки биоматериалов, лекарственных препаратов и иных медицинских грузов, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату, в том числе за пользование имуществом, финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

Расходы на разработку, внедрение, развитие, модернизацию и техническое обслуживание государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации и их подсистем не могут осуществляться за счет средств обязательного медицинского страхования.

При наличии исключительных или неисключительных прав на использование программного продукта (информационной системы) в медицинской организации и постановки программного продукта на учет медицинской организации расходы на разработку, внедрение, развитие, модернизацию и техническое обслуживание государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации и медицинских информационных систем медицинских организаций могут быть оплачены за счет средств обязательного медицинского страхования.

Предельный размер расходов на арендную плату движимого имущества, в том числе на финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга в соответствии со [статьей 624](#) Гражданского кодекса Российской Федерации, за один объект аренды в расчете на год, осуществляемых за счет средств обязательного медицинского страхования, не должен превышать лимит, установленный для приобретения основных средств.

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

Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (далее – Перечень оснований для применения санкций) по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи (далее – МЭК, МЭЭ, ЭКМП) приведены в **приложении 48** к Тарифному соглашению.

В соответствии с Правилами ОМС размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{HO},$$

где:

- Н – размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;
- PT – размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;
- K_{HO} – коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи, действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП

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 PT следует понимать как сумму, выставленную к оплате по законченному случаю лечения.

Согласно Правил ОМС размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание

медицинской помощи ненадлежащего качества ($C_{шт}$), рассчитывается по формуле:

$$C_{шт} = РП \times K_{шт},$$

где:

- $C_{шт}$ размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;
- $РП$ установленный тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от условий оказания медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи;
- $K_{шт}$ коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП.

1. В амбулаторных условиях – установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Удмуртской Республики подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам в амбулаторных условиях - **9 633,04 руб.**

2. При оплате скорой медицинской помощи вне медицинской организации – установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Удмуртской Республики подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для скорой медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам - **1 470,98 руб.**

3. В стационарных условиях, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Удмуртской Республики подушевой норматив

финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам - **11 249,57 руб.**

4. В условиях дневного стационара, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи субъекта Удмуртской Республики подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам - **2 592,51 руб.**

С целью достижения сопоставимости размера штрафов по сопоставимым основаниям в одинаковых условиях оказания медицинской помощи среди медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в случае, если медицинская помощь, в отношении которой по результатам МЭК, МЭЭ или ЭКМП принято решение о необходимости применения штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, подлежит оплате в субъекте Российской Федерации по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям, при определении размера штрафа применяется значение вышеуказанных подушевых нормативов финансирования в зависимости от условий, в которых фактически была оказана медицинская помощь, подлежащая наложению штрафа, независимо от применяемого способа оплаты.

РАЗДЕЛ V. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЕМОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МЕЖДУ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

Распределенные объемы предоставления медицинской помощи в разрезе видов, форм и условий оказания медицинской помощи, между медицинскими организациями, участвующими в реализации ТП ОМС установлены решением Комиссии по разработке ТП ОМС в Удмуртской Республике.

РАЗДЕЛ VI. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Тарифное соглашение на 2026 год вступает в силу с момента его подписания Сторонами и распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2026 г. по 31.12.2026 г.

6.2. Тарифное соглашение заключается на один финансовый год, и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течении данного финансового года.

6.3. Внесение изменений в Тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к Тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

ПОДПИСИ СТОРОН

Первый заместитель Председателя
Правительства Удмуртской Республики,
председатель Комиссии

Чуракова Т.Ю.

Министр здравоохранения Удмуртской
Республики

Багин С.А.

Директор ТФОМС УР

Валеев Т.А.

Первый заместитель директора ТФОМС УР,
секретарь Комиссии

Олонова Л.А.

Директор Административного обособленного
структурного подразделения ООО «Страховая
компания «Ингосстрах- М» - филиал в г. Ижевск

Горина А.В.

Директор Административного структурного
подразделения ООО «Капитал МС» - филиал в
Удмуртской Республике

Кирилина Н.В.

Председатель Удмуртской республиканской
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации

Попова О.П.

Председатель Первичной организации профсоюза
БУЗ УР «ГКБ № 9 МЗ УР» Удмуртской
Республиканской организации профсоюза
работников Здравоохранения РФ



Кузнецова Н.Н.

Член общественной организации "Медицинская
палата Удмуртской Республики по защите прав и
интересов медицинских работников"



Ивонина Е.В.

Член общественной организации "Медицинская
палата Удмуртской Республики по защите прав и
интересов медицинских работников"



Ватулин В.В.