

**Тарифное соглашение
по обязательному медицинскому страхованию
на территории Республики Башкортостан
на 2025 год**

г. Уфа

25 декабря 2024г.

I. Общие положения

1.1. Настоящее тарифное соглашение (далее Соглашение) по реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Башкортостан на 2025 год (далее Территориальная программа ОМС) разработано в соответствии со следующими нормативными правовыми актами:

- Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в действующей редакции);
- Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в действующей редакции);
- Федеральный закон от 30 ноября 2024 года № 422-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»;
- Закон Республики Башкортостан от 23.12.2024 № 198-з «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»;
- постановление Правительства Российской Федерации от 05 мая 2012 года № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (в действующей редакции);
- проект постановления Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» (далее – Программа);
- проект постановления Правительства Республики Башкортостан «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Башкортостан на 2025 год и на плановый период 2025 и 2027 годов» (далее – Программа Республики Башкортостан);

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (в действующей редакции);

- Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 февраля 2024 года № 31-2/200/00-10-26-2-06/2778 (далее – Методические рекомендации);

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

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 февраля 2023 года № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (в действующей редакции);

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

Соглашение заключено между:

- Министерством здравоохранения Республики Башкортостан в лице министра здравоохранения Республики Башкортостан Рахматуллина Айрата Разифовича;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.5. В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» осуществляется проверка соответствия стоимости оказанной медицинской организацией медицинской помощи за отчетный период размеру финансового обеспечения объемов медицинской помощи, распределенных медицинской организации комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, созданной в соответствии с частью 9 статьи 36 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» на 2025 год, установленных договором в рамках базовой программы, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи с последующим уменьшением финансового обеспечения.

II. Способы оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2024 год.

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

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);

- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации).

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

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

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и 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/позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии/однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее – ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), на ведение школ для больных сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

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

- медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Республики Башкортостан, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

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

- медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником

финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

- отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;

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

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

- медицинской помощи при ее оказании пациентам с сахарным диабетом в части ведения школ сахарного диабета;

- медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

- по нормативу финансирования структурного подразделения.

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

В рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при финансовом обеспечении первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи выделяются подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по профилю "стоматология" для оплаты первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи по соответствующему профилю.

При этом оплата иной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (за исключением 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), ведения школ для больных сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, в том числе центрами здоровья, медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Республики Башкортостан, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а

также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц), осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, рассчитанному с учетом выделения объемов финансового обеспечения оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю "стоматология" в отдельные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц.

В подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по профилю "стоматология" включаются расходы на медицинскую помощь по соответствующему профилю, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

При этом перераспределение средств обязательного медицинского страхования, предусмотренных на профилактические мероприятия, в счет увеличения размера базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц не допускается.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому) на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, за исключением расходов на оплату телемедицинских консультаций, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения, проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования. Также утверждены отдельные тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в целях проведения взаиморасчетов между медицинскими организациями, в том числе для оплаты медицинских услуг референс-центров.

2.1.1. Расчет объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования ($\text{ФО}_{\text{СР}}^{\text{АМБ}}$), устанавливаемый в соответствии с Требованиями, определяется по следующей формуле:

$$\text{ФО}_{\text{СР}}^{\text{АМБ}} = \frac{\text{ОС}_{\text{АМБ}}}{\text{ч}_3}, \text{ где:}$$

$OC_{AMБ}$	объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан, рублей;
$Ч_3$	численность застрахованного населения Республики Башкортостан, человек.

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

$$OC_{AMБ} = (NO_{ПМО} \times Hфз_{ПМО} + NO_{дисп} \times Hфз_{дисп} + NO_{иц} \times Hфз_{иц} + NO_{O3} \times Hфз_{O3} + NO_{HEOTЛ} \times Hфз_{HEOTЛ} + NO_{MP} \times Hфз_{MP} + NO_{дн} \times Hфз_{дн} + NO_{дopз} \times Hфз_{дopз} + NO_{цз} \times Hфз_{цз}) \times Ч_3 + OC_{исслед} - OC_{MTP}, \text{ где:}$$

$NO_{ПМО}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
$NO_{дисп}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
$NO_{иц}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
NO_{O3}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, обращений;
$NO_{HEOTЛ}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

Но _{МР}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Но _{ДН}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Но _{ДОРЗ}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансеризации оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Но _{ЦЗ}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для комплексных посещений с профилактическими целями центров здоровья, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Нфз _{ПМО}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{ДИСП}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{ИЦ}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{ОЗ}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной

	программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{НЕОТЛ}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{МР}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{ДН}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{ДОРЗ}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансеризации оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{ЦЗ}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для комплексных посещений с профилактическими целями центров здоровья, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС _{МТР}	объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами Республики Башкортостан, рублей;

2.1.2. Расчет базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц

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

$$ПН_{БАЗ} = \left(\frac{ОС_{ПНФ} - ОС_{РД}}{Ч_3 \times СКД_{от} \times СКД_{пв} \times КД} \right),$$

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 субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

Финансирование по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц осуществляется:

- по посещениям с иными целями и обращениям в связи с заболеваниями по следующим специальностям:

Врач общей практики
Кардиология
Педиатрия
в том числе педиатр участковый
Терапия
в том числе терапевт участковый
Эндокринология
Неврология
Хирургия
Урология
Оториноларингология
Офтальмология

Физиотерапия
Аллергология и иммунология
Ангиохирургический прием
Гастроэнтерология
Гематология
Дерматология
Инфекционные болезни
Колопроктология
Нейрохирургия
Нефрология
Онкология
Пульмонология
Ревматология
Сердечно-сосудистая хирургия
Травматология и ортопедия
Челюстно-лицевая хирургия
Лечебное дело
в том числе фельдшер участковый
Сестринское дело, в том числе педиатрия

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

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

$$ОС_{ПНФ} = ОС_{АМБ} - ОС_{ФАП} - ОС_{ИССЛЕД} - ОС_{НЕОТЛ} - ОС_{ЕО} - ОС_{ПО} - ОС_{ДИСП} - ОС_{ДН} - ОС_{ДОРЗ} - ОС_{ЦЗ},$$

где:

ОС_{ФАП} — объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Территориальной программой

государственных гарантий размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, рублей;

- ОС_{исслед} объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), школы сахарного диабета в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
- ОС_{неотл} объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
- ОС_{ЕО} объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в Республике Башкортостан лицам (в том числе комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация», а также диспансерного наблюдения), рублей;
- ОС_{по} объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
- ОС_{дн} объем средств, направляемых на оплату проведения диспансерного наблюдения, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
- ОС_{дорз} объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
- ОС_{цз} объем средств, направляемых на оплату проведения комплексных посещений с профилактическими целями центров здоровья, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей.

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

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

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

$$O_{\text{Исслед}} = \sum (N_{0j} \times N_{\text{фз}j}) \times Чз,$$

где:

N_{0j} средний норматив объема медицинской помощи для проведения j -го исследования (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, школы сахарного диабета), установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, исследований;

$N_{\text{фз}j}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения j -го исследования (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и

ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, школы сахарного диабета); установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

Ч_з численность застрахованного населения Республики Башкортостан, человек.

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

Расчет ежемесячного финансового обеспечения медицинских организаций по подушевому нормативу осуществляется ТФОМС РБ на основании среднемесячной численности прикрепившихся лиц и дифференцированного подушевого норматива медицинской организации по следующей формуле:

$V_{\text{мфмо}} = \text{ДПн}^i * Ч$, где:

$V_{\text{мфмо}}$ – объем месячного финансирования медицинской организации;

ДПн^i – дифференцированный подушевой норматив для медицинских организаций;

$Ч$ – среднемесячная численность лиц, прикрепившихся к медицинской организации.

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

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

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

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

- расходы на оплату комплексных посещений диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, а также детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

- расходы на оплату обращений для проведения диспансерного наблюдения детского населения (приказ Минздрава России от 16.05.2019 № 302н);

- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;
- расходы медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц;
- расходы на оплату медицинской помощи по специальностям, не включенным в подушевой норматив (акушерство и гинекология, гериатрия);
- расходы на оплату посещений с целью консультации;
- расходы на оплату посещений, оказываемых в центрах здоровья;
- расходы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;
- средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов);
- расходы на оплату обращений в связи с заболеванием на долечивание в травматологических пунктах;
- расходы на оплату обращений в связи с заболеванием в центрах амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП);
- расходы на оплату комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация»;
- расходы на оплату медицинской помощи в части ведения школ для больных сахарным диабетом.

2.1.5. Применение коэффициентов дифференциации.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской организации на прикрепившихся лиц определяются с учетом следующих коэффициентов дифференциации оказания медицинской помощи, которые учитывают (Приложение № 3 к Соглашению):

1) коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (далее – $K_{Дот}$);

2) коэффициенты половозрастного состава (далее – $K_{Дпв}$) (Приложение № 4 к Соглашению);

3) коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации) ($K_{Дур}$), для всех медицинских организаций принят равным 1;

4) коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Башкортостан ($K_{Дзп}$);

5) коэффициент дифференциации установлен по территориям оказания медицинской помощи для каждой медицинской организации ($KД$).

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

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

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

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

В случае если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации КД_{от}, объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения (Приложение № 5 к Соглашению);

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

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

2. Комплексные посещения для проведения диспансеризации.

3. Посещения с иными целями, в том числе:

- посещения для проведения диспансерного наблюдения взрослого населения;

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

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

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

Стоимость профилактических посещений в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями на 2025 год представлена Приложением № 6 к Соглашению.

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

Для медицинских организаций, в составе которых на функциональной основе созданы центры здоровья, единицей объема первичной медико-санитарной помощи является комплексное посещение с профилактическими целями (Приложение № 15 к Соглашению):

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

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

Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях включает посещения:

- врачей амбулаторно-поликлинических учреждений;
- врачей и медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, в медицинских кабинетах и здравпунктах образовательных учреждений;
- медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием

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

2.1.7. Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона только при последнем посещении больного по данному поводу. На 2025 год средняя кратность посещений в связи с заболеванием в одном обращении составляет 2,9.

В объем обращений по поводу заболевания включаются:

- обращения для проведения второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе углубленной диспансеризации (2 этап) и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин (2 этап);
- обращения в ЦАОП;
- обращения для проведения диспансерного наблюдения детского населения (приказ Минздрава России от 16.05.2019 № 302н);
- объемы обращений по заболеваниям на долечивание в травматологических пунктах.

Стоимость обращения по поводу заболевания на 2025 год представлена в Приложении № 8 к Соглашению.

2.1.8. Консультирование медицинским психологом по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, оформляется и подается в реестре кодом из номенклатуры медицинских услуг В01.070.009, В01.070.010 с обязательным указанием, кроме основного, также следующих сопутствующих диагнозов:

- для пациентов из числа **ветеранов боевых действий** кода МКБ – Z73.3;
- для лиц, состоящих на диспансерном наблюдении с **ЗНО** кода МКБ: Z85.0, Z85.1, Z85.2, Z85.3, Z85.4, Z85.5, Z85.6, Z85.7, Z85.8, Z85.9, Z86.0;

- для лиц, состоящих на диспансерном наблюдении с **другими хроническими неинфекционными заболеваниями** кода МКБ: Z86.2, Z86.3, Z86.6, Z86.7, Z87.0, Z87.1, Z87.2, Z87.3, Z87.4;

- для женщин в **период беременности, родов и послеродовой период** кода МКБ: Z64.0, Z64.1, Z87.5.

Консультации медицинского психолога при проведении медико-психологического консультирования пациента и (или) членов его семьи, либо иных законных представителей по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием, оплачиваются в рамках подушевого норматива финансирования при условии включения медицинского психолога в штат медицинской организации.

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

Доабортное консультирование беременных женщин, включая консультацию психолога, в целях профилактики прерывания беременности, осуществляемое в соответствии с порядком №1130н, оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования **как профилактическое посещение к акушеру-гинекологу.**

Стоимость консультирования медицинским психологом, применяемая в рамках взаиморасчетов между медицинскими организациями представлена в Приложении к Соглашению № 36

2.1.9. К лечебно-диагностическим услугам в амбулаторных условиях относятся исследования: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, позитронно эмиссионная томография/позитронно эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией, и однофотонная эмиссионная компьютерная томография/однофотонная эмиссионная компьютерная томография, совмещенной с компьютерной томографией.

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

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

2.1.10. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации

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 от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрировано в Минюсте России 30 июня 2021 г. № 64042), от 10 августа 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (зарегистрировано в Минюсте России 18 августа 2017 г. № 47855), от 15 февраля 2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (зарегистрировано в Минюсте России 2 апреля 2013 г. № 27964), от 21 апреля 2022 г. № 275н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (зарегистрировано в Минюсте России 29 апреля 2022 г. № 68366), от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (зарегистрировано в Минюсте России 21 апреля 2022 г. № 68288), от 4 июня 2020 г. № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями» (зарегистрировано в Минюсте России 26 июня 2020 г. № 58786) и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

Перечень исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, утвержден Приложением № 6 к Программе.

Диспансеризация взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья считается завершенной в случае выполнения не менее 85% от объема указанных исследований и оплачивается по полному тарифу комплексного посещения.

Стоимость комплексного посещения при проведении диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья на 2025 год представлена в Приложении № 11 к Соглашению.

Годом прохождения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации считается календарный год, в котором гражданин достигает соответствующего возраста.

Ветераны боевых действий имеют право на прохождение диспансеризации и профилактических осмотров во внеочередном порядке.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются завершенными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации и оплачивается по полному тарифу комплексного посещения

Обязательными для всех граждан услугами являются: проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови которые проводятся в соответствии с приложением №2 приказа МЗ РФ от 27.04.2014 № 404н.

При проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения исследование кала на скрытую кровь (иммунохимическим количественным методом) осуществляется следующими медицинскими организациями в соответствии с приказом МЗ РБ от 05.12.2024 № 2314-А:

ГБУЗ РБ Аскинская ЦРБ

ГБУЗ РБ ГКБ №13 г.Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ №1 г.Стерлитамак

ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ

ГБУЗ РБ ГБ №1 г. Октябрьский

Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации представлены Приложениями № 10, №11, № 12, № 13, № 16.

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

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

Кроме того, в Приложении № 36 к Соглашению установлены отдельные тарифы на медицинские услуги, оказываемые передвижными мобильными комплексами (маммография, флюорография, центры здоровья).

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

Для осуществления аналитического контроля установить признак «мобильные комплексы» через запись в справочнике подразделений мобильных комплексов для каждой из медицинской организации, осуществляющей первичную медико-санитарную помощь передвижными мобильными медицинскими комплексами. При подаче законченного случая первого этапа диспансеризации взрослого населения в реестре счетов на оплату оказанной медицинской помощи, при выполнении услуги «маммография» или «флюорография» мобильным комплексом иной медицинской

организации в полях LPU (Код МО) и LPU_1 (Подразделение МО) указываются идентификационные данные медицинской организации, оказавшей эту услугу.

Граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), включая случаи заболеваний, когда отсутствует подтверждение перенесенной коронавирусной инфекции (COVID-19) методом ПЦР-диагностики, в течение года после заболевания вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно приложению № 2 к Программе.

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

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

- в рамках II этапа углубленной диспансеризации – за посещение, включающее исследования и медицинские вмешательства в соответствии с пунктом 2 приложения N 11 к Соглашению (лист «Углубленная диспансеризация»).

Диспансерное наблюдение взрослых и детей, проживающих в организациях социального обслуживания представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации утвержденным от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями», от 16 мая 2019 года № 302н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».

Организация диспансерного наблюдения работающих граждан может осуществляться:

- при наличии у работодателя подразделения (кабинет врача, здравпункт, медицинский кабинет, медицинская часть и другие подразделения), оказывающего медицинскую помощь работникам организации силами и средствами такого подразделения;

- при отсутствии у работодателя указанного подразделения путем заключения работодателем договора с государственной (муниципальной) медицинской организацией любой подведомственности, участвующей в базовой (территориальной) программе обязательного медицинского страхования и имеющей материально-техническую базу и медицинских работников, необходимых для проведения диспансерного наблюдения работающего гражданина (с оплатой такой медицинской помощи по отдельным реестрам счетов в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения Российской Федерации).

Копия договора о проведении диспансерного наблюдения работающих граждан между работодателем и указанной медицинской организацией, заверенная в установленном порядке, направляется медицинской организацией в территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан в целях последующей оплаты оказанных комплексных посещений по диспансеризации работающих граждан в рамках отдельных реестров счетов.

Диспансерное наблюдение работающего гражданина также может быть проведено силами медицинской организации, к которой прикреплен работающий гражданин, с использованием выездных методов работы и организацией осмотров и исследований по месту осуществления гражданином служебной деятельности.

Финансовое обеспечение диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентам с высоким риском их развития осуществляется за единицу объема медицинской помощи. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является комплексное посещение, включающее посещение врача, проводящего диспансерное наблюдение, с обязательным указанием лабораторных и диагностических исследований, оказанных во время прохождения диспансерного наблюдения.

Перечни исследований в разрезе профилей и диагнозов по МКБ-10, в том числе расширенных до 4 знака после буквы для пересекающихся диагнозов, представлены в приложениях к Соглашению № 14.1, 14.2, 14.3.

Стоимость одного комплексного посещения диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения включает в себя стоимость посещения врача и стоимость лабораторных и диагностических исследований в соответствии с приказами Минздрава России 168н, 302н, 548н. Необходимым условием для оплаты по тарифу комплексного посещения считается выполнение не менее 85% от объема исследований, указанных в приложениях № 14.1, 14.2, 14.3.

Стоимость одного комплексного посещения диспансерного наблюдения представлена в приложении к Соглашению № 14.

Стоимость одного комплексного посещения с профилактическими целями центрами здоровья представлена в приложении к Соглашению № 15.

Тарифы для осуществления расчетов между медицинскими организациями в сфере ОМС представлены в Приложении № 36 к Соглашению.

Объем медицинской помощи по диспансерному наблюдению детям включен в норматив объема обращений в связи с заболеваниями.

2.1.11. Оплата медицинской помощи в части ведения школ для больных сахарным диабетом.

Объем медицинской помощи и ее оплата в части ведения школ для больных сахарным диабетом осуществляется при условии соответствия Правилам организации деятельности кабинета "Школа для пациентов с сахарным диабетом" и стандартам оснащения кабинета "Школа для пациентов с сахарным диабетом", утвержденных приказом Минздрава России от 13.03.2023 N 104н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "эндокринология", а также при условии ведения медицинской организацией соответствующей документации,

подтверждающей факт оказанной медицинской помощи в школах для больных сахарным диабетом.

Оплата посещений в части ведения школ для больных сахарным диабетом осуществляется за единицу объема медицинской помощи вне подушевого норматива финансирования. Медицинская помощь в рамках школы сахарного диабета оплачивается за единицу объема - комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов очных занятий в рамках школы сахарного диабета в зависимости от контингента пациента, а также проверку дневников самоконтроля.

Контингент пациентов	Среднее количество занятий при проведении одного обучения
Взрослые с сахарным диабетом 1 типа	5 занятий продолжительностью по 4 часа, а также проверка дневников самоконтроля
Взрослые с сахарным диабетом 2 типа	5 занятий продолжительностью по 3 часа, а также проверка дневников самоконтроля
Дети и подростки с сахарным диабетом и их родителей	10 занятий продолжительностью по 2 часа, а также проверка дневников самоконтроля

Стоимость комплексного посещения складывается из стоимости проведенных занятий. В реестре счетов каждая услуга (проведенное занятие) отражается в разделе услуг отдельной строкой с указанием даты проведения, но не более среднего количества занятий в месяц и не более одного занятия в день для пациента.

Стоимость в расчете на 1 пациента и на 1 занятие в части ведения школ для больных сахарным диабетом представлена в приложении № 17 к Соглашению.

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

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

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

- $\Phi O_{\text{ФАКТ}}$ 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;

Т тариф за единицу объема медицинской первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рублей.

Тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, является единым для всех медицинских организаций, за исключением отличия в зависимости от коэффициента дифференциации для отдельных территорий Республики Башкортостан.

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

Дифференциация стоимости комплексного посещения на оплату случая диспансерного наблюдения в зависимости от заболевания и, соответственно, кратности посещений (онкологических заболеваний, сахарного диабета, болезней системы кровообращения и других заболеваний) осуществляться с учетом требований приказов Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».

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

Финансовый размер обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, **при условии их соответствия требованиям**, установленным приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», в среднем на 2025 год представлен приложением № 18 к Соглашению.

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

$$OC_{\text{ФАП}}^i = \sum_n (Ч_{\text{ФАП}}^n \times \text{БНФ}_{\text{ФАП}}^n \times \text{КС}_{\text{БНФ}}^n), \text{ где:}$$

$OC_{\text{ФАП}}^i$ 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*-го типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению);

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

$КС_{БНФ}^n$ коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом № 543н (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, абортов и инфекций, передаваемых половым путем).

$КС_{БНФ}^n$ – коэффициент специфики фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта устанавливается:

- 1,0 при полной укомплектованности фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта в соответствии с требованиями, установленными Приказом № 543н;

- 0,8 при неполной укомплектованности фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта в соответствии с требованиями, установленными Приказом № 543н;

- 0,2 при отсутствии медицинского работника в фельдшерском здравпункте, фельдшерско-акушерском пункте.

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

При расчете размера финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, в том числе пунктов, рекомендуемые штатные нормативы которых не предусматривают должность «Акушерка», размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли таких женщин в численности прикрепленного населения ($КП_{ФАП}^i$) по следующей формуле:

$$КП_{ФАП}^i = (Ч_{ЖРВ}^i \times N_{ФИН} + ОС_{ФАП}^i) / ОС_{ФАП}^i, \text{ где}$$

$Ч_{ЖРВ}^i$ - число женщин репродуктивного возраста (от 18 до 49 лет включительно) из числа лиц, обслуживаемых i -тым фельдшерским здравпунктом, фельдшерско-акушерским пунктом по состоянию на 1 число месяца финансирования, человек;

$N_{фин}$ – финансовый норматив, учитывающий дополнительную нагрузку на фельдшера в рамках возложения на него полномочий по работе с женщинами репродуктивного возраста (при отсутствии в соответствующем фельдшерском здравпункте, фельдшерско-акушерском пункте акушерок), составляет 22,5 рублей на 1 женщину в месяц;

Коэффициент специфики фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, включающий в себя повышающий коэффициент, рассчитываемой с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения, определяются на основании ежемесячно предоставляемой ГКУЗ РБ МИАЦ г. Уфа актуализированной информации до 20 числа отчетного месяца (по данным медицинских организаций).

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

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

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

$OC_{\text{ФАП}}^j$ 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.

Перечень фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого населения на 2024 год, представлен Приложением № 19 к Соглашению.

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

Расчет ежемесячного финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов осуществляется ТФОМС РБ на основании сведений, представленных Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, и базового норматива финансовых затрат на финансовое обеспечение

структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов.

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

2.1.14. Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях

Для финансирования первичной медико-санитарной медицинской помощи, оказываемой гражданам в амбулаторных условиях по профилю «Стоматология», применяются следующие способы оплаты:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, рассчитанному с учетом выделения объемов финансового обеспечения оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «Стоматология» в отдельные подушевые нормативы финансирования, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

Финансирование по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях по профилю «Стоматология» осуществляется:

- по посещениям с иными целями и обращениям в связи с заболеваниями по следующим специальностям:

Стоматология детская (в том числе хирургическая)
Стоматология общей практики (в том числе детская)
Стоматология (средний медперсонал)
Стоматология терапевтическая
Стоматология хирургическая

- за единицу объема медицинской помощи – за посещение с профилактической или неотложной целью, обращение (законченный случай) при оплате:

- 1) детской стоматологии по ортодонтии;
- 2) консультативных посещений;
- 3) стоматологической помощи, оказываемой медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения по профилю «Стоматология».

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи по профилю "Стоматология" рассчитывается по следующей формуле:

$$\Phi O_c = \frac{O C_c}{\chi_c} ,$$

где:

- Ф_{Ос} средний размер финансового обеспечения медицинской помощи по профилю "Стоматология";
- О_{Сс} объем средств на оплату медицинской помощи по профилю "Стоматология";
- Ч_с численность прикрепленного населения к медицинским организациям (структурным подразделениям медицинских организаций), оказывающим медицинскую помощь по профилю "Стоматология".

Отдельный базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц по профилю "Стоматология" рассчитывается по следующей формуле:

$$ПН_{С}^{БАЗ} = \frac{Ф_{ОА/С} - О_{СРД}}{КД \times СКД_{от} * СКД_{пв}},$$

$ПН_{С}^{БАЗ}$ отдельный базовый подушевой норматив финансирования по профилю "Стоматология".

Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования по профилю "Стоматология", а также коэффициенты, применяемые к базовому подушевому нормативу финансирования по указанному профилю согласно Требованиям, рассчитываются аналогично коэффициентам, применяемым к базовому подушевому нормативу финансирования медицинской помощи (приложение 20 к Соглашению).

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования по профилю «стоматология» для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования ($ДП_{СН}^i$), рассчитываются на основе отдельного базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по следующей формуле:

$$ДП_{СН}^i = ПН_{С}^{БАЗ} \times КД_{пвс} \times КД_{ур} \times КД_{зп} \times КД_{от} \times КД ,$$

$ДП_{СН}^i$ дифференцированный подушевой норматив по профилю «стоматология» для i-той медицинской организации, рублей;

$КД_{пв}$ коэффициент половозрастного состава;

КД _{ур}	коэффициент уровня расходов медицинских организаций, (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации);
КД _{зп}	коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Башкортостан;
КД _{от}	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;
КД	коэффициент дифференциации.

Коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования для оплаты оказания стоматологической помощи в амбулаторных условиях по профилю «стоматология» представлены в Приложении № 20 к Соглашению.

При оплате **стоматологической помощи** необходимо заполнение для анализа и статистики количество УЕТ в 1 единице объема.

Единица объема стоматологической помощи включает расходы в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс на основе стандартов оказания медицинской помощи при лечении основного заболевания (в том числе оперативные пособия, все виды анестезии, рентгенологические исследования, другие лечебно-диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение и т.д.).

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

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, представлено в Приложении № 21 к Соглашению.

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

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

$\Phi O_{\text{ФАКТ}}^i = OC_{\text{ДС}}^i + ДП_{\text{Н}}^i \times Ч_3^i + OC_{\text{РД}}^i + OC_{\text{ФАП}}^i + OC_{\text{ИССЛЕД}}^i + OC_{\text{НЕОТЛ}}^i + OC_{\text{ЕО}}^i + OC_{\text{С}}$, где

- $\Phi O_{\text{ФАКТ}}^i$ фактический размер финансового обеспечения i -той медицинской организации в части оказания первичной медико-санитарной помощи, рублей;
- $OC_{\text{ДС}}^i$ объем средств, направляемых на оплату первичной-медико-санитарной помощи по КСГ, оказываемой в i -той медицинской организации в условиях дневного стационара, рублей;
- $OC_{\text{РД}}^i$ объем средств, направляемых в i -тую медицинскую организацию в случае достижения значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке по итогам текущего года, рублей;
- $OC_{\text{ИССЛЕД}}^i$ объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19) в i -той медицинской организации, рублей;
- $OC_{\text{НЕОТЛ}}^i$ объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в i -той медицинской организации, рублей;
- $OC_{\text{ЕО}}^i$ объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в i -той медицинской организации в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в Республике Башкортостан, в том числе углубленной диспансеризации (за исключением $OC_{\text{ИССЛЕД}}^i$), рублей;
- $OC_{\text{С}}$ объем средств на оплату медицинской помощи по профилю "Стоматология".

2.1.16. Применение показателей результативности деятельности медицинской организации

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

в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, определяется доля средств от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности с учетом бальной оценки.

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

$$ОС_{ПН} = ФДП_{Н}^i \times Ч_3^i + ОС_{РД},$$

где:

- $ОС_{ПН}$ финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, рублей;
- $ОС_{РД}$ объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке (далее – объем средств с учетом показателей результативности), рублей.
- $ФДП_{Н}^i$ фактический 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 Республики Башкортостан проводится Комиссией один раз 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 декабрь или ноябрь;

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций и порядок расчета значений показателей, установленный в соответствии с Требованиями и Методическими рекомендациями, представлен Приложениями № 22, № 23 к Соглашению.

Средства на осуществление стимулирующих выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившееся население, на 2025 год:

- за оказанную медицинскую помощь за исключением профиля «Стоматология» - 87 750,2 тыс. рублей в год.

Коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами, заключаемыми в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права и

регулирующими 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 показателей результативности деятельности.

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

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

Каждый показатель, включенный в блок (Приложение 35 к Соглашению), оценивается в баллах, которые суммируются. Методикой предусмотрена максимально возможная сумма баллов по каждому блоку, которая составляет:

- 19 баллов для показателей блока 1 (взрослое население);
- 7 баллов для показателей блока 2 (детское население);
- 6 баллов для показателей блока 3 (женское население).

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

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

Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций представлен в Приложении 34 к Соглашению.

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

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

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

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

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

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:

- Числ_i^j 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 ($OC_{РД(\text{нас})}_i^j$), рассчитывается следующим образом:

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

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.

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

где:

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

- $OC_{РД}^j$ совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;
- Σ 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 ($OC_{РД(балл)}^j$), рассчитывается следующим образом:

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

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) выполнения медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи, Комиссия вправе применять понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат.

2.1.17. Оплата медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

Оказание медицинской помощи пациентам с применением телемедицинских технологий в виде консультации при дистанционном взаимодействии медицинских

работников между собой предусматривает применение действующих тарифов в рамках, утвержденных медицинским организациям объемов оказания медицинской помощи (консультативных посещений или посещений, финансируемых по реестрам) с присвоением соответствующего кода.

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

ГБУЗ РБ Белебеевская ЦРБ
ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ
ГБУЗ РБ Бирская ЦРБ
ГБУЗ РБ КБСМП г.Уфа
ГБУЗ РБ ГБ №1 г. Октябрьский
ГБУЗ РБ ГБ г. Кумертау
ГБУЗ РБ ГБ г. Нефтекамск
ГБУЗ РБ ГКБ № 1 г. Стерлитамак
ГБУЗ РБ ЦГБ г. Сибай
ГБУЗ РБ Туймазинская ЦРБ
ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г.Уфа
ГБУЗ РБ ГДКБ № 17 г.Уфа
ГБУЗ РБ ГКБ № 18 г.Уфа
ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г.Уфа
ГБУЗ РБ ГКПЦ г.Уфа.
ГБУЗ РБ Дюртюлинская ЦРБ
ГБУЗ РБ Месягутовская ЦРБ
ГБУЗ РКВД
ГБУЗ РКИБ
ГБУЗ РКГВВ
ГБУЗ РКЦ
ГАУЗ РКОД
ГБУЗ РМГЦ
ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова
ГБУЗ РДКБ
ГБУЗ РКПЦ МЗ РБ
ГБУЗ РВФД

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

2.1.18. При оплате медицинской помощи, оказанной в Республике Башкортостан лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, применяется способ оплаты за

единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (Приложения к Соглашению № 6, №7, № 8, № 8.1, № 9).

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

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

2.1.21. Размеры нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи (по Территориальной программе ОМС):

№ п/п	Наименование по условиям оказания медицинской помощи	Нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, руб.
1.	Комплексные посещения в рамках проведения профилактических медицинских осмотров	2 910,40
2.	Комплексные посещения в рамках проведения диспансеризации	3 557,01
3.	в т.ч. комплексные посещения для проведения углубленной диспансеризации	1 535,74
4.	Комплексные посещения для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин	2 046,58
	женщины	3 243,15
	мужчины	789,77
5.	Посещения с иными целями	497,34
6.	Посещения по неотложной медицинской помощи	1 092,41
7.	Обращения в связи с заболеваниями	2 446,94
8.	Обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация"	28 240,75
9.	Проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований в рамках базовой программы ОМС	2 468,29
9.1.	Компьютерная томография	3 819,34
9.2.	Магнитно-резонансная томография	5 214,96
9.3.	УЗИ сердечно-сосудистой системы	771,22
9.4.	Эндоскопические диагностические исследования	1 414,16
9.5.	Молекулярно-генетические исследования	11 876,18
9.6.	Патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии)	2 928,84
9.7.	ПЭТ-КТ	39 332,27
9.8.	ОФЭКТ/КТ	5 397,21
9.9.	Щкола сахарного диабета	1 470,92
10.	Комплексные посещения по диспансерным наблюдениям	2 955,50
	онкология	4 166,62
	сахарный диабет	1 573,12
	болезни системы кровообращения	3 498,12
11.	Комплексные посещения с профилактическими целями центров здоровья	1 287,66

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

Специальности	Базовый норматив финансовых затрат для обращений в связи с заболеваниями	Поправочный коэффициент стоимости обращения	Базовый норматив финансовых затрат для посещений с профилактическими целями	Относительный коэффициент стоимости посещения с учетом специальности
1	2	3	4	5
Акушерство и гинекология	1158,94	1,75	285,38	1,1941
Аллергология и иммунология	1158,94	1,64	285,38	1,6206
Ангио хирургический прием	1158,94	1,06	285,38	0,9113
Гастроэнтерология	1158,94	0,91	285,38	0,8554
Гематология	1158,94	0,91	285,38	0,8554
Дерматология	1158,94	1,20	285,38	0,7348
Инфекционные болезни	1158,94	1,19	285,38	1,2842
Кардиология	1158,94	1,17	285,38	0,9740
Колопроктология	1158,94	1,06	285,38	0,9113
Неврология	1158,94	1,15	285,38	1,0148
Нейрохирургия	1158,94	1,06	285,38	0,9113
Нефрология	1158,94	0,91	285,38	0,8554
Онкология	1158,94	1,06	285,38	1,7457
Оториноларингология	1158,94	1,13	285,38	0,7102
Сурдология-оториноларингология	1158,94	1,13	285,38	0,7102
Офтальмология	1158,94	0,89	285,38	0,6088
Педиатрия	1158,94	1,41	285,38	1,2900
Пульмонология	1158,94	0,91	285,38	0,8554
Ревматология	1158,94	1,17	285,38	0,974
Сердечно-сосудистая хирургия	1158,94	1,06	285,38	0,9113
Терапия	1158,94	0,91	285,38	0,8554
Травматология и ортопедия	1158,94	1,06	285,38	0,9113
Урология	1158,94	0,75	285,38	0,7374
Физиотерапия	1158,94	0,91	285,38	0,8554
Хирургия	1158,94	1,06	285,38	0,9113
Челюстно-лицевая хирургия	1158,94	1,06	285,38	0,9113
Эндокринология	1158,94	1,72	285,38	1,7598
Врач общей практики	1158,94	0,91	285,38	0,8554
Гериатрия			285,38	1,7119
Стоматология	1158,94	2,16	285,38	3,13701
Стоматология детская ортодонтия	1158,94	2,16	285,38	3,13701

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

При оплате медицинской помощи, оказанной в **стационарных условиях**, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2025 год применяются следующие способы оплаты:

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

2) за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, 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 № 5 к Программе и в таблице 1 приложения 4 Методических рекомендаций, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

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

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

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

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

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

– услуг диализа, включающих различные методы.

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

1. Размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации;
2. Коэффициент относительной затратоемкости;
3. Коэффициент дифференциации;
4. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи;
5. Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации;
6. Коэффициент сложности лечения пациента.

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

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

БС	базовая ставка, рублей (приложение № 24 к Соглашению);
КЗ _{КСГ}	коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации (приложение № 25 к Соглашению);
КС _{КСГ}	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);
КУС _{МО}	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент (приложение № 26 к Соглашению);
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Постановление № 462) (приложение № 2 к Соглашению);
КСЛП	коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

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

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

К КСГ, включенным в КППГ st19 «Онкология», st08 «Детская онкология» и st26.001 “Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети”, коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1).

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

Перечень КСГ, к которым не применяются повышающие коэффициенты специфики.

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

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

КСГ, к которым не применяются понижающие коэффициенты специфики.

№ КСГ	Наименование КСГ
st13.002	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
st13.005	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
st13.007	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
st15.015	Инфаркт мозга (уровень 2)
st15.016	Инфаркт мозга (уровень 3)
st17.001	Малая масса тела при рождении, недоношенность
st17.002	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость
st17.003	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций
st17.004.1	Геморрагические нарушения у новорожденных
st17.004.2	Гемолитические нарушения у новорожденных
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st26.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети
st29.008	Эндопротезирование суставов
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация

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

Стоимость клинико-статистических групп в условиях круглосуточного стационара с учетом поправочных коэффициентов на 2025 год представлена приложением № 28 к Соглашению.

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

№ п/п	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
1	предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний детей-инвалидов в возрасте до 18 лет), за исключением случаев, к которым применяется КСЛП, предусмотренный пунктом 2 настоящего перечня	0,2
2	предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний детей-инвалидов в возрасте до 18 лет), получающих медицинскую помощь по профилю «Детская онкология» и (или) «Гематология»	0,6
3	оказание медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра, за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки*	0,2

№ п/п	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
4	развертывание индивидуального поста ¹	0,2
5	наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии ² , требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации	0,6
6	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 1) ³	0,05
7	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 2) ³	0,47
8	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 3) ³	1,16
9	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 4) ³	2,07
10	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 5) ³	3,49
11	Проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов ⁴	0,15
14	Проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID-19) в период госпитализации	0,05
15	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1)	0,17
16	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 2)	0,61
17	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 3)	1,53

* – с обязательным указанием услуги В01.007.001 «Прием (осмотр, консультация) врача-гериатра первичный»

** – стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» в стационарных условиях определяется без учета коэффициента дифференциации для Республики Башкортостан.

¹– наличие решения врачебной комиссии, указание в реестре счетов услуги В02.003.004 «Процедуры сестринского ухода за пациентом в критическом состоянии».

Случаи применения этого коэффициента подлежат 100% экспертизе.

²– наличие у пациента дополнительного диагноза (сопутствующего заболевания) из перечня, определенного Приложением 1 Методических рекомендаций, медицинская помощь в соответствии с которым оказывалась пациенту в период госпитализации, а именно: рассеянный склероз (G35); состояния после трансплантации органов и (или) тканей (Z94.0; Z94.1; Z94.4; Z94.8); детский церебральный паралич (G80)».

³ – перечень возможных операций, а также критерии отнесения соответствующих операций к уровню КСЛП определен Приложением 1 Методических рекомендаций,

⁴ – при проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на

койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5-ти суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации). Указание услуги А23.30.011 «Определение реабилитационного прогноза (при проведении ПМР)» с длительностью не менее 5 дней обязательно. Проведение КЭМ обязательно в 100% случаях.

Обязательными требованиями к применению КСЛП «Проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов» являются:

- начало реабилитационных мероприятий не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии;
- продолжительность реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки;
- общая длительность реабилитационных мероприятий 1 этапа медицинской реабилитации не менее 5-ти суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, с сохранением последующей этапности реабилитационных мероприятий;
- в реестре счете указывается услуга А23.30.011 «Определение реабилитационного прогноза (при проведении ПМР)» продолжительностью не менее 5 дней;
- организация оказания медицинской помощи в отделении ранней медицинской реабилитации по соответствующему профилю и его укомплектование производится в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации (Приказ от 31.07.2020 № 788н)

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

Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии, при применении которых может быть применен КСЛП (для КСГ, указанных в Приложении 1 к Методическим рекомендациям):

Код схемы	Уровень КСЛП*	Описание схемы	Условия применения
supt01	1	Филграстим 4 дня введения по 300 мкг	
supt02	2	Деносумаб 1 день введения 120 мг	установленный клиренс креатинина <59 мл/мин на момент принятия решения о назначении препарата Деносумаб
supt03	2	Тоцилизумаб 1 день введения 4 мг/кг	
supt04	2	Филграстим 8 дней введения по 300 мкг	

Код схемы	Уровень КСЛП*	Описание схемы	Условия применения
supt05	3	Эмпэгфилграстим 1 день введения 7,5 мг	
supt06	2	Филграстим 10 дней введения по 300 мкг	
supt07	1	Микофенолата мофетил 30 дней введения по 500 мг 2 раза в день	
supt08	1	Такролимус 30 дней введения по 0,1 мг/кг	
supt09	3	Ведолизумаб 1 день введения 300 мг	
supt10	3	Инфликсимаб 1 день введения 800 мг	
supt11	3	Иммуноглобулин человека нормальный 2 дня введения по 1000 мг/кг	
supt12	3	Иммуноглобулин анти timoцитарный 8-14 дней введения 10-20 мг/кг	

* – в стационарных условиях

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

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

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

В целях более эффективного распределения средств обязательного медицинского страхования коэффициенты уровня (подуровня) установлены для структурных подразделений медицинских организаций (приложение № 27 к Соглашению).

Для структурных подразделений медицинских организаций 2-го уровня, осуществляющих оказание медицинской помощи по профилям «Детская онкология» и «Онкология» коэффициент уровня (подуровня) устанавливается в размере 1,0.

Перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) в стационарных условиях определен приложением 5 Методических рекомендаций.

Для ФГУЗ "Медико-санитарная часть № 142 ФМБА России" – коэффициент уровня медицинской организации равен 1,20 (в случае выделения объемов Комиссией).

При оплате медицинской помощи в медицинских организациях и (или) структурных подразделениях медицинских организаций, расположенных на территории ЗАТО, коэффициент уровня применяется в том числе при оплате

медицинской помощи по КСГ, определенным Приложением 5 Методических рекомендаций.

2.2.1.5. В случае распределения иных межбюджетных трансфертов бюджету ТФОМС РБ на дополнительное финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в целях сохранения целевых показателей оплаты труда отдельных категорий медицинских работников, определенных Указом № 597, Комиссия вправе установить для отдельных медицинских организаций коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Башкортостан.

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

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

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

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

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

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

Правила оплаты госпитализаций в случае перевода на долечивание:

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

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

общем порядке;

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

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

- для легкого течения заболевания – 12 дней;
- для среднетяжелого течения – 14 дней;
- для тяжелого течения – 17 дней;
- для крайне тяжелого течения – 24 дня;
- для долечивания – 9 дней.

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

2.2.5. Оплата прерванных случаев лечения

В соответствии с Программой к прерванным случаям 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 в следствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента;
7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7 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, приведенный в Приложении № 7 к Программе и таблице 1 приложения 4 Методических рекомендаций.

9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 с длительностью лечения менее количества дней, определенных приложением 6 к Методическим рекомендациям:

st37.002 – не менее 14 дней,

st37.003 – не менее 20 дней,

st37.006 – не менее 12 дней,

st37.007 – не менее 18 дней,

st37.024 – не менее 30 дней,

st37.025 – не менее 30 дней,

st37.026 – не менее 30 дней.

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ 10, что и диагноз основного заболевания и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, и не соответствует критериям оплаты случая лечения по 2 КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию прерванности 2 не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по 2 КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2-9 пункта 4.3 Методических рекомендаций, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4.

Приложением № 7 к Программе и таблицей 1 приложения 4 Методических рекомендаций определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, за исключением основания, связанного с проведением лекарственной терапии при ЗНО не в полном объеме, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

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

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

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

Таблицей 2 Приложения 4 Методических рекомендаций определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи лечения по КСГ, не входящим в Таблицу

2 Приложения 4, не могут быть оплачены с применением вышеперечисленных размеров оплаты прерванных случаев (80% и 100%).

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 20% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ.

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

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

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

2.2.8. Реанимационные КСГ.

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

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

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

- в ГБУЗ РКЦ по КСГ st36.009 «Реинфузия аутокрови», КСГ st36.010 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация», КСГ st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация».

- в ГБУЗ РКБ имени Г.Г. Куватова по КСГ st36.009 «Реинфузия аутокрови».

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

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

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

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

1. Непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 72 часов и более;
2. Оценка по Шкале органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA) не менее 5 или оценка по шкале оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA) не менее 4.

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

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

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

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

2.2.9. Разделом V Программы установлено, что 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, в указанных медицинских организациях осуществляется за счет средств ОМС.

При этом возмещение расходов медицинской организации, имеющей в своей структуре патолого-анатомическое отделение, на проведение патолого-анатомических вскрытий осуществляются в рамках оплаты прерванного случая госпитализации по соответствующей клинико-статистической группе заболеваний/состояний.

При проведении патолого-анатомических вскрытий пациентов, умерших в стационаре медицинских организаций, в которых отсутствует патолого-анатомическое отделение, оплата патолого-анатомических вскрытий осуществляется по отдельным тарифам для проведения межучрежденческих взаиморасчетов представленным приложением № 36 к Соглашению.

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

Финансовое обеспечение медицинской помощи в условиях дневного стационара, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2025 год осуществляется:

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

2) за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, согласно Приложению N 5 к Программе, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

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

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

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

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

- услуг диализа, включающих различные методы.

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

1. Размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации;
2. Коэффициент относительной затратноности;
3. Коэффициент дифференциации;
4. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи;
5. Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации;
6. Коэффициент сложности лечения пациента.

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

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

- БС базовая ставка без учета коэффициента дифференциации, рублей (приложение № 24 к Соглашению);
- КЗ_{КСГ} коэффициент относительной затратноности КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации (приложение № 30 к Соглашению);
- КС_{КСГ} коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен для данной КСГ);

- КУС_{МО} коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
- КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Постановление № 462). Данный коэффициент используется в расчетах в том числе в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации, в том числе для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований (приложение № 2 к Соглашению);
- КСЛП коэффициент сложности лечения пациента;
* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

2.3.2. В условиях дневного стационара КСЛП применяется при оказании медицинской помощи в случае:

N	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
1	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1) *	0,29
2	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 2) *	1,12
3	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 3) *	2,67

* – стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» в условиях дневного стационара определяется без учета коэффициента дифференциации для Республики Башкортостан.

Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии, при применении которых может быть применен КСЛП (для КСГ, указанных в Приложении 1 к Методическим рекомендациям):

Код	Уровень	Описание схемы	Условия применения
supt01	1	Филграстим 4 дня введения по 300 мкг	
supt02	2	Деносуаб 1 день введения 120 мг	установленный клиренс
supt03	2	Тоцилизуаб 1 день введения 4 мг/кг	
supt04	2	Филграстим 8 дней введения по 300 мкг	
supt05	3	Эмпэгфилграстим 1 день введения 7,5 мг	
supt06	2	Филграстим 10 дней введения по 300 мкг	
supt07	1	Микофенолата мофетил 30 дней введения по	
supt08	1	Такролимус 30 дней введения по 0,1 мг/кг	
supt09	3	Ведолизуаб 1 день введения 300 мг	
supt10	3	Инфликсимаб 1 день введения 800 мг	
supt11	3	Иммуноглобулин человека нормальный 2 дня	
supt12	3	Иммуноглобулин антиtimoцитарный 8-14	

* –в условиях дневного стационара

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

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

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

Для ФГУЗ "Медико-санитарная часть № 142 ФМБА России" – коэффициент уровня медицинской организации равен 1,20.

В целях приведения стоимости медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара к финансовому нормативу Программы РБ применять понижающий коэффициент специфики - **0,8** ко всем КСГ, за исключением КСГ профилей ds19 «Онкология», ds08 «Детская онкология», КСГ ds02.008 - ds02.011 для случаев проведения экстракорпорального оплодотворения, ds18.003 «Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа», ds36.006 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения», ds36.012 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)», ds36.013 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)», ds37.015 «Медицинская реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19 (2 балла по ШРМ)», ds37.016 «Медицинская реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19 (3 балла по ШРМ)».

Стоимость клинко-статистических групп в условиях дневного стационара с учетом поправочных коэффициентов на 2025 год представлена приложением № 31 к Соглашению.

2.3.4. В случае распределения иных межбюджетных трансфертов бюджету ТФОМС РБ на дополнительное финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в целях сохранения целевых показателей оплаты труда отдельных категорий медицинских работников, определенных Указом № 597, Комиссия вправе установить для отдельных медицинских организаций коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Башкортостан.

2.3.5. Оплата прерванных случаев лечения

В соответствии с Программой к прерванным случаям относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента;
7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным в Приложении № 5 к Программе и таблице 1 приложения 4 Методических рекомендаций.
9. случаи лечения хронического вирусного гепатита В по КСГ ds12.020- ds12.021 и гепатита С по КСГ ds12.022- ds12.027 с длительностью лечения менее количества дней, определенных приложением 7 к Методическим рекомендациям:

ds12.020 – ds12.021 не менее 30 дней.

ds12.022 – ds12.027 не менее 28 дней.

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ 10, что и диагноз основного заболевания и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, и не соответствует критериям оплаты случая лечения по 2 КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию прерванности 2 не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2-9 пункта 4.3 Методических рекомендаций, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4.

Приложением № 7 к Программе и таблицей 1 приложения 4 Методических рекомендаций определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

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

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

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

Таблицей 2 Приложения 4 Методических рекомендаций определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи лечения по КСГ, не входящим в Таблицу 2 Приложения 4, не могут быть оплачены с применением вышеперечисленных размеров оплаты прерванных случаев (80% и 100%).

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 20% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ.

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

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

2.3.7. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по проведению противовирусной терапии больным хроническими гепатитами в условиях дневного стационара по КСГ ds12.022 – КСГ ds12.027:

ГБУЗ РКИБ

ГБУЗ РЦПБ со СПИДом и ИЗ.

Исходя из особенностей проведения курса противовирусной терапии больным с хроническими гепатитами (один курс состоит из циклов по 28 дней) случаи, входящие в один курс противовирусной терапии, подаются на оплату ежемесячно, и не подлежат экспертизе по критерию отбора «повторная госпитализация». При этом в рамках одного законченного случая для каждого цикла противовирусной терапии использовать нумерацию медицинских карт с разделителем (слеш).

2.3.8. Оказание медицинской помощи по профилю «лучевая терапия» в условиях дневного стационара предусмотрено только для ГАУЗ РКОД МЗ РБ в рамках финансовых средств 2025 года.

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

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

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

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

1. Стимуляция суперовуляции;
2. Получение яйцеклетки;
3. Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;
4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

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

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

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

В случае проведения первых трех циклов ЭКО с последующей

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

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

В случае проведения цикла ЭКО с применением криоконсервированных эмбрионов («ivf1»), случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.008 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)».

Средний норматив финансовых затрат на 1 случай экстракорпорального оплодотворения, утвержденный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Башкортостан на 2025 год, составляет 120 727,07 руб., что представляет собой усредненную стоимость случая экстракорпорального оплодотворения с учетом проведения у части пациентов неполных циклов и проведения в отдельных случаях полного цикла с криоконсервацией эмбрионов и не эквивалентен стоимости КСГ ds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)».

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет 1 день.

2.3.11. Перечень медицинских организаций, оказывающих процедуру экстракорпорального оплодотворения в условиях дневного стационара:

ГБУЗ РМГЦ
ООО "АНЭКО"
ООО"МД Проект 2010"
ООО "ММЦ Медикал Он Груп-Уфа"
ООО "Клиника Фомина Уфа"

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

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

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

BC размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;

$KZ_{КСГ}$ коэффициент относительной затратноемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

$D_{ЗП}$ доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (значение, к которому применяется КД, КС и КУС);

- КС_{КСГ} коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);
- КУС_{МО} коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
- КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462;
- КСЛП коэффициент сложности лечения пациента.
- * КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно 1).

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ

№ КСГ	Наименование КСГ	Доля
Круглосуточный стационар		
st19.123	Прочие операции при ЗНО (уровень 1)	28,13%
st19.124	Прочие операции при ЗНО (уровень 2)	39,56%
st19.082	Лучевая терапия (уровень 8)	8,58%
st19.084	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 2)	87,08%
st19.085	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 3)	88,84%
st19.086	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 4)	87,05%
st19.087	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 5)	88,49%
st19.088	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 6)	46,03%
st19.089	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 7)	26,76%
st19.094	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)	77,89%
st19.095	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 2)	77,89%
st19.096	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 3)	77,89%
st19.097	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)	37,28%
st19.098	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 2)	56,68%
st19.099	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 3)	65,35%
st19.100	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4)	5,11%
st19.101	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)	19,39%
st19.102	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 6)	28,58%
st19.122	Посттрансплантационный период после пересадки костного мозга	62,44%

№ КСГ	Наименование КСГ	Доля
st19.163	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)	63,83%
st19.164	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)	45,04%
st19.165	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)	43,89%
st19.166	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)	25,23%
st19.167	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)	27,33%
st19.168	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)	10,83%
st19.169	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)	17,45%
st19.170	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)	11,99%
st19.171	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)	7,07%
st19.172	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)	3,99%
st19.173	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)	3,47%
st19.174	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)	3,51%
st19.175	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)	3,43%
st19.176	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14)	3,31%
st19.177	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15)	2,07%
st19.178	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16)	2,00%
st19.179	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17)	1,68%
st19.180	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 18)	1,53%
st19.181	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 19)	0,67%
st02.014	Слингговые операции при недержании мочи	30,45%
st02.015	Операции на женских половых органах (уровень 5)	38,49%
st02.016	Операции на женских половых органах (уровень 6)	31,98%
st02.017	Операции на женских половых органах (уровень 7)	33,61%
st06.004	Лечение дерматозов с применением наружной терапии	97,47%
st06.005	Лечение дерматозов с применением наружной терапии, физиотерапии, плазмафереза	98,49%
st06.006	Лечение дерматозов с применением наружной и системной терапии	99,04%
st06.007	Лечение дерматозов с применением наружной терапии и фототерапии	98,00%
st09.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 7)	16,23%
st10.008	Другие операции на органах брюшной полости, дети	32,42%
st12.015	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1)	91,12%
st12.016	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2)	61,30%
st12.017	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3)	63,24%
st12.018	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4)	77,63%

№ КСГ	Наименование КСГ	Доля
st14.004	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 4)	33,32%
st15.012	Транзиторные ишемические приступы, сосудистые мозговые синдромы	70,20%
st15.014	Инфаркт мозга (уровень 1)	88,73%
st15.015	Инфаркт мозга (уровень 2)	73,42%
st15.016	Инфаркт мозга (уровень 3)	81,66%
st17.003	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций	81,97%
st20.010	Замена речевого процессора	0,74%
st21.009	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)	0,1438
st21.010	Интравитреальное введение лекарственных препаратов (уровень 1)	0,3759
st21.011	Интравитреальное введение лекарственных препаратов (уровень 2)	0,1994
st25.013	Баллонная вазодилатация с установкой 1 стента в сосуд (сосуды)	33,60%
st25.014	Баллонная вазодилатация с установкой 2 стентов в сосуд (сосуды)	29,66%
st25.015	Баллонная вазодилатация с установкой 3 стентов в сосуд (сосуды)	25,06%
st30.016	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 7)	20,13%
st32.020	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 4)	34,65%
st32.021	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 5)	38,58%
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация	27,22%
st36.013	Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1)	0.00%
st36.014	Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 2)	0.00%
st36.015	Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 3)	0.00%
st36.024	Радиойодтерапия	70,66%
st36.025	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)	5,85%
st36.026	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)	4,58%
st36.027	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (инициация или замена)	34,50%
st36.028	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1)	61,29%
st36.029	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2)	41,72%
st36.030	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3)	29,85%
st36.031	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 4)	27,11%
st36.032	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 5)	22,22%
st36.033	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 6)	18,16%
st36.034	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 7)	15,84%
st36.035	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 8)	14,20%
st36.036	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 9)	13,01%

№ КСГ	Наименование КСГ	Доля
st36.037	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 10)	11,74%
st36.038	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 11)	0,1029
st36.039	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 12)	0,0858
st36.040	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 13)	0,0639
st36.041	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 14)	0,0545
st36.042	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 15)	0,0525
st36.043	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 16)	0,0406
st36.044	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 17)	0,0476
st36.045	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 18)	0,0158
st36.046	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 19)	0,0067
st36.047	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 20)	0,0033
st37.030	Комплексная медицинская реабилитация после протезирования нижних конечностей с установкой постоянного экзопротеза, в том числе с болевым синдромом	0,8928
Дневной стационар		
ds02.008	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)	0,2005
ds02.009	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2)	0,2227
ds02.010	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)	0,2108
ds02.011	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4)	0,2056
ds06.002	Лечение дерматозов с применением наружной терапии	0,9744
ds06.003	Лечение дерматозов с применением наружной терапии, физиотерапии, плазмафереза	0,963
ds06.004	Лечение дерматозов с применением наружной и системной терапии	0,9827
ds06.005	Лечение дерматозов с применением наружной терапии и фототерапии	0,982
ds12.022	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 1)	0,0101
ds12.023	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 2)	0,0053
ds12.024	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 3)	0,0062
ds12.025	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 4)	0,0057
ds12.026	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 5)	0,0043
ds12.027	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 6)	0,003
ds12.020	Вирусный гепатит В хронический без дельта агента, лекарственная терапия	0,9055
ds12.021	Вирусный гепатит В хронический с дельта агентом, лекарственная терапия	0,1013
ds19.057	Лучевая терапия (уровень 8)	0,0366
ds19.058	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 1)	0,7838
ds19.060	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 3)	0,8264
ds19.061	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 4)	0,3186
ds19.062	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 5)	0,1669
ds19.067	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)	0,5653

№ КСГ	Наименование КСГ	Доля
ds19.152	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 18)	0,0569
ds19.153	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 19)	0,0886
ds19.151	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 20)	0,0742
ds19.152	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 21)	0,0813
ds19.153	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 22)	0,003
ds20.006	Замена речевого процессора	0,0023
ds21.007	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)	0,1032
ds21.008	Интравитреальное введение лекарственных препаратов (уровень 1)	0,2476
ds21.009	Интравитреальное введение лекарственных препаратов (уровень 2)	0,1196
ds36.012	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)	0,0109
ds36.013	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)	0,0051
ds36.014	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (инициация или замена)	0,1794
ds36.015	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1)	0,0488
ds36.016	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2)	0,0261
ds36.017	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3)	0,0223
ds36.018	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 4)	0,0202
ds36.019	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 5)	0,0132
ds36.020	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 6)	0,0121
ds36.021	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 7)	0,0423
ds36.022	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 8)	0,0096
ds36.023	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 9)	0,0613
ds36.024	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 10)	0,0569
ds36.025	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 11)	0,0059
ds36.026	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 12)	0,0081
ds36.027	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 13)	0,0824
ds36.028	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 14)	0,0041
ds36.029	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 15)	0,0283
ds36.030	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 16)	0,0026

№ КСГ	Наименование КСГ	Доля
ds36.031	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 17)	0,0375
ds36.032	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 18)	0,0008
ds36.033	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 19)	0,0004
ds36.034	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 20)	0,0002

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

Оплата оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в условиях круглосуточного и дневного стационаров осуществляется за законченный случай по установленным нормативам финансовых затрат в пределах объемов предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по видам ВМП без учета коэффициента уровня оказания медицинской помощи.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи (Приложение № 1 к Программе), содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень ВМП). Оплата видов ВМП, включенных в базовую программу, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню ВМП, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

Перечень видов ВМП, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования представлен Приложением № 29 к настоящему Соглашению.

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

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

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

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

Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации. При этом, по решению лечащего врача консультация отдельных специалистов в рамках комплексного посещения может осуществляться, в том числе с использованием телемедицинских технологий (1-2 посещения) в рамках договоров о возмездном оказании медицинских услуг между медицинскими организациями по тарифам Приложения № 6 к Соглашению.

Законченный случай обращения по заболеванию по медицинской реабилитации принимается с кратностью посещений два и более с указанием дат визита пациента и в разделе услуг - кодов проведенных услуг, с указанием даты начала, даты окончания и количества проведенных услуг.

Тарифы на оплату комплексных посещений по медицинской реабилитации представлен в Приложении № 8.1 к Соглашению.

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

$$ОС_{MPi}^{AMB} = \sum(O_{MP} \times T_{MP}), \text{ где:}$$

$ОС_{MPi}^{AMB}$ – объем средств, полученных i-той медицинской организацией за оказание медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях;

O_{MP} – объем комплексных посещений по профилю «медицинская реабилитация» с учетом, в том числе состояния пациента и заболевания (профиля заболевания) пациента;

T_{MP} – тариф на оплату комплексного посещения по профилю «медицинская реабилитация» для соответствующего состояния пациента и заболевания (профиля заболевания) пациента.

2.6.2. Для КСГ st37.001-st37.013, st37.021-st37.026 **в стационарных условиях** и для КСГ ds37.001-ds37.008, ds37.015-ds37.016 **в условиях дневного стационара** критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту

в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Шкала реабилитационной маршрутизации установлена порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н.

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

Стоимость КСГ, предусматривающих медицинскую реабилитацию пациентов с заболеваниями центральной нервной системы и заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы увеличена с учетом установления плановой длительности случая реабилитации. Случай реабилитации по КСГ (st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026) длительностью менее предусмотренного соответствующим классификационным критерием значения является прерванным и оплачивается в соответствии с пунктом 4.1. Методических рекомендаций и пунктом 2.2.5. настоящего Соглашения.

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

Также в целях учета случаев лечения с применением ботулинического токсина добавлены иные классификационные критерии «rbb2»-«rbb5», соответствующие оценке по шкале реабилитационной маршрутизации в сочетании с применением ботулинического токсина.

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

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

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

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

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

2.6.3. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях:

Перечень МО	Междисциплинарная реабилитационная команда	Врач физической и реабилитационной медицины
ГБУЗ РБ Детская поликлиника №2 г.Уфа	+	
ГБУЗ РБ Детская поликлиника №3 г.Уфа	+	
ГБУЗ РБ Детская поликлиника №5 г.Уфа	+	
ГБУЗ РБ Детская поликлиника №6 г.Уфа	+	
ГБУЗ РБ Поликлиника №43 г.Уфа	+	
ГБУЗ РБ Поликлиника №46 г.Уфа	+	
ГБУЗ РБ Поликлиника №50 г.Уфа	+	
ГБУЗ РБ ГДКБ №17 г.Уфа	+	
ГБУЗ РБ ГКБ №18 г.Уфы	+	+
ГБУЗ РБ ГКБ №5 г.Уфа	+	
ГБУЗ РБ ГКБ №8 г.Уфа	+	+
ГБУЗ РБ ГБ №9 г.Уфа	+	
ГБУЗ РБ ГКБ №13 г.Уфа	+	
ГБУЗ РБ ГКБ №21 г.Уфа	+	+
ЧУЗ "КБ "РЖД-Медицина"г.Уфа	+	+
ГБУЗ РВФД	+	+
ГБУЗ РДКБ	+	
ГБУЗ РКГВВ	+	
ГАУЗ РКОД Минздрава РБ	+	
ГБУЗ РКЦ	+	+
ГБУЗ РБ Дюртюлинская ЦРБ	+	+
ГБУЗ РБ Верхнеяркеевская ЦРБ	+	+
ГБУЗ РБ ГБ г.Салават	+	
ГБУЗ РБ Ишимбайская ЦРБ	+	+

Перечень МО	Междисциплинарная реабилитационная команда	Врач физической и реабилитационной медицины
ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ	+	
ГБУЗ РБ Месягутовская ЦРБ	+	+
ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России	+	
ГБУЗ РБ Белокатайская ЦРБ	+	
ГБУЗ РБ КБСМП г.Уфа	+	+
ГБУЗ РБ Языковская ЦРБ	+	+
ГБУЗ РБ Бирская ЦРБ	+	+
ГБУЗ РБ Учалинская ЦГБ	+	+
ГБУЗ РБ Мелеузовская ЦРБ	+	
ГБУЗ РБ Толбазинская ЦРБ	+	+
ГБУЗ РБ Бакалинская ЦРБ	+	+
ГБУЗ РБ Буздякская ЦРБ	+	

2.6.4. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую реабилитацию в стационарных условиях:

ГБУЗ РКБ имени Г.Г. Куватова
 ГАУЗ РКОД
 ГБУЗ РКЦ
 ГБУЗ РДКБ
 ГБУЗ РКГВВ
 ГБУЗ РБ КБСМП г. Уфа
 ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфа
 ГБУЗ РБ ГКБ № 5 г. Уфа
 ГБУЗ РБ ГКБ № 8 г. Уфа
 ГБУЗ РБ ГБ № 13 г. Уфа
 ГБУЗ РБ ГДКБ № 17 г. Уфа
 ГБУЗ РБ ГКБ № 18 г. Уфа
 ГБУЗ РБ ГКБ Демского района г. Уфы
 ЧУЗ «КБ «РЖД - Медицина» г. Уфа»
 ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ
 ГБУЗ РБ ГБ г. Кумертау
 ГБУЗ РБ Месягутовская ЦРБ
 ГБУЗ РБ ГБ г. Нефтекамск
 ГБУЗ РБ ГБ №1 г. Октябрьский
 ГБУЗ РБ ЦГБ г. Сибай
 ГБУЗ РБ ГКБ № 1г.Стерлитамак
 ГБУЗ РБ ДБ г. Стерлитамак
 ГБУЗ РБ Учалинская ЦРБ
 ГАУЗ РПНС «Акбузат»

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

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

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

ГАУЗ РБ «Санаторий для детей НУР г. Стерлитамак»

ГАУЗ РБ Санаторий «Дуслык» г. Уфа

ГБУЗ РБ Поликлиника №46 г.Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ № 5 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ № 8 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГДКБ № 17 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфа

ЧУЗ «КБ «РЖД - Медицина» г. Уфа»

ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРБ

ГБУЗ РБ Бирская ЦРБ

ГБУЗ РБ Дюртюлинская ЦРБ

ГБУЗ РБ Ишимбайская ЦРБ

ГБУЗ РБ ГБ г. Нефтекамск

ГБУЗ РБ ГБ №1 г. Октябрьский

ГБУЗ РДКБ

ГБУЗ РКГВВ

ГБУЗ РВФД

ГБУЗ РБ Месягутовская ЦРБ

АО "Московское ПРОП"

2.7. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа.

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

- в амбулаторных условиях за услугу диализа,

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

- в условиях круглосуточного стационара – за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

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

условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

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

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

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

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

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

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

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

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

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по КСГ st19.038 «Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии

злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)» в условиях круглосуточного стационара:

ГАУЗ РКОД МЗ РБ
ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова
ГБУЗ РДКБ

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

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

ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова
ООО "Лаборатория гемодиализа"
ООО "Медсервис" г. Салават

2.7.5. Учитывая одинаковые затраты, абсолютная стоимость услуг диализа является одинаковой, независимо от условий его оказания. Тарифы на оплату услуги по методам диализа представлены в Приложении № 32 к Соглашению.

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

Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопустимо.

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

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

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

КСГ	Наименование КСГ	КЗ	Код профиля	Профиль
st02.006	Послеродовой сепсис	3,21	2	Акушерство и гинекология
st04.006	Панкреатит с синдромом органной дисфункции	4,19	4	Гастроэнтерология
st12.006	Сепсис, дети	4,51	12	Инфекционные болезни
st12.007	Сепсис с синдромом органной дисфункции	7,20	12	Инфекционные болезни
st27.013	Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции	4,07	27	Терапия

КСГ	Наименование КСГ	КЗ	Код профиля	Профиль
st29.007	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)	7,07	29	Травматология и ортопедия
st32.007	Панкреатит, хирургическое лечение	4,12	32	Хирургия (абдоминальная)
st33.008	Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции	14,07	33	Хирургия (комбустиология)
st35.002	Сахарный диабет, взрослые (уровень 2)*	1,49	35	Эндокринология

*- Для группы МКБ E10.0, E11.0, E12.0, E13.0, E14.0 («Сахарный диабет с комой») и E10.1, E11.1, E12.1, E13.1, E14.1 («Сахарный диабет с кетоацидозом»).

по показаниям возможно выполнение следующих услуг диализа:

A18.05.003.001 Гемофильтрация крови продленная;

A18.05.006.001 Селективная гемосорбция липополисахаридов.

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

ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова

ГБУЗ РКЦ

ГБУЗ РБ КБСМП г.Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ № 18 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГБ г. Нефтекамск.

ГБУЗ ГКБ № 1 г. Стерлитамак

ГБУЗ РКИБ

2.8. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»

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

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

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

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

Отнесение к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляется по коду МКБ 10, коду медицинской услуги

в соответствии с Номенклатурой, количеству дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

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

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

Отнесение к КСГ st 36.012 и ds 36.006 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения» производится, если диагноз относится к классу С, при этом больному не оказывалось услуг, являющихся классификационным критерием (химиотерапии, лучевой терапии, хирургической операции). Данная группа может применяться в случае необходимости проведения поддерживающей терапии и симптоматического лечения.

В целях повышения эффективности использования средств обязательного медицинского страхования на оказание медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями при назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов, указанных в Приложении 13 к Методическим рекомендациям, для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии).

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

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

по подушевому нормативу финансирования;

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

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

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для *i*-той медицинской организации (приложение № 33 к Соглашению) умножается на численность застрахованного населения,

прикрепленного в соответствии с зонами обслуживания станцией скорой медицинской помощи или отделением скорой медицинской помощи, входящим в состав медицинской организации.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (Пн_{БАЗ}), рассчитывается в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования СМП для медицинских организаций рассчитывается по следующей формуле:

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

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, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации) для i-той медицинской организации (при необходимости);

КД_{ЗП}ⁱ коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i-той медицинской организации (при необходимости);

КД коэффициент дифференциации i-той медицинской организации.

Основным фактором дифференциации является половозрастной состав прикрепившегося населения. Размер не используемых коэффициентов устанавливается в размере 1.

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

Расчет ежемесячного финансового обеспечения медицинских организаций по подушевому нормативу осуществляется ТФОМС РБ исходя из размера, фактического

дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи для i -той медицинской организации (приложение № 33 к Соглашению) и среднемесячной численности застрахованного населения, прикрепленного в соответствии с зонами обслуживания.

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

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

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

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

При оплате вызовов с применением тромболитического препарата к стоимости соответствующего вызова (врачебного или фельдшерского) добавляется стоимость примененного тромболитического препарата (Приложение № 34 к Соглашению).

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

$$\Phi O_{\text{СМП}} = \Phi \text{ДПн}^i \times \text{Чз}^{\text{ПР}} + \text{ОС}_B, \text{ где:}$$

- $\Phi O_{\text{СМП}}$ размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей;
- ДПн^i дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей;
- $\text{Чз}^{\text{ПР}}$ численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек;
- ОС_B размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам за вызов, рублей.

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

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

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

Профиль бригады	Базовый норматив финансовых затрат на единицу объема СМП (без учета Кдиф = 1,109)	Стоимость выполненного вызова (руб.)					
		коэффициенты, применяемые для определения стоимости единицы объема					
		без учета К дифференциации		с К дифференциации 1,105		с К дифференциации 2,015	
		Коэффициент	Стоимость	Коэффициент	Стоимость	Коэффициент	Стоимость
В рамках базовой программы ОМС							
Линейная врачебная	4299,21	1,093568	4 701,48	1,105	5 195,14	2,015	9 473,48
Линейная фельдшерская	4299,21	0,965261	4 149,86	1,105	4 585,60	2,015	8 361,97
Неврологическая	4299,21	1,860221	7 997,48	1,105	8 837,22		
Реанимационная	4299,21	1,942673	8 351,96	1,105	9 228,92		
Кардиологическая	4299,21	1,745237	7 503,14	1,105	8 290,97		

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

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

2.9.5. Расчет за скорую медицинскую помощь вне медицинской организации (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой помощи), оказанную застрахованным лицам за пределами Республики Башкортостан осуществляется за выполненный вызов в зависимости от профиля бригады на основе персонифицированных реестров счетов скорой медицинской помощи (Приложение № 34 к Соглашению).

2.9.6. Медицинские организации, оказывающие несколько видов медицинской помощи, не вправе перераспределять средства обязательного медицинского страхования, предназначенные для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, и использовать их на предоставление других видов медицинской помощи.

2.10. Способы оплаты медицинской помощи, предоставляемой за счет межбюджетных трансфертов из бюджета Республики Башкортостан в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2025 год.

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

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

2.10.2. Комплекс процессных мероприятий «Осуществление медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детей» в рамках дополнительной медицинской помощи, не установленной базовой программой обязательного медицинского страхования осуществляется за законченный случай лечения из расчета длительности реабилитации (долечивания) в одном случае 10 дней.

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

2.10.3. Комплекс процессных мероприятий «Оказание медицинской помощи населению Республики Башкортостан (кибер-нож)» в условиях дневного стационара осуществляется за случай лечения по фиксированной стоимости без применения коэффициента уровня оказания медицинской помощи.

2.10.4. Комплекс процессных мероприятий «Организация медицинской помощи по профилю «Венерология»» по нижеуказанным кодам МКБ до знака после точки осуществляется:

1) в амбулаторных условиях:

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

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

2) в условиях дневного стационара:

- за фактические пациенто-дни с использованием КПП № 6 «Дерматовенерология» в пределах утвержденных объемов медицинской помощи по персонифицированным реестрам счетов.

3) в условиях круглосуточного стационара:

- за фактические койко-дни с использованием КПП № 6 «Дерматовенерология» в пределах утвержденных объемов медицинской помощи по персонифицированным реестрам счетов.

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

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

A50 Врожденный сифилис:

A50.0 Ранний врожденный сифилис с симптомами

A50.1 Ранний врожденный сифилис скрытый

A50.2 Ранний врожденный сифилис неуточненный

A50.3 Позднее врожденное сифилитическое поражение глаз

A50.4 Поздний врожденный нейросифилис (ювенильный нейросифилис)

A50.5 Другие формы позднего врожденного сифилиса с симптомами

A50.6 Поздний врожденный сифилис скрытый

A50.7 Поздний врожденный сифилис неуточненный

A50.9 Врожденный сифилис неуточненный

A51 Ранний сифилис:

A51.0 Первичный сифилис половых органов

A51.1 Первичный сифилис анальной области

A51.2 Первичный сифилис других локализаций

A51.3 Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек

A51.4 Другие формы вторичного сифилиса

A51.5 Ранний сифилис скрытый

A51.9 Ранний сифилис неуточненный

A52 Поздний сифилис:

A52.0 Сифилис сердечно - сосудистой системы

A52.1 Нейросифилис с симптомами

A52.2 Асимптомный нейросифилис

A52.3 Нейросифилис неуточненный

A52.7 Другие симптомы позднего сифилиса

A52.8 Поздний сифилис скрытый

A52.9 Поздний сифилис неуточненный

A53 Другие и неуточненные формы сифилиса

A53.0 Скрытый сифилис, неуточненный как ранний или поздний

A53.9 Сифилис неуточненный

A54 Гонококковая инфекция:

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

A54.1 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием периуретральных и придаточных желез

A54.2 Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов

A54.3 Гонококковая инфекция глаз

A54.4 Гонококковая инфекция костно-мышечной системы

A54.5 Гонококковый фарингит

A54.6 Гонококковая инфекция аноректальной области

A54.8 Другие гонококковые инфекции

A54.9 Гонококковая инфекция неуточненная

A55 Хламидийная лимфогранулема (венерическая)

A56 другие хламидийные болезни, передающиеся половым путем:

Включено: болезни, передающиеся половым путем, вызванные *Chlamydia trachomatis*

A56.0 Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта

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

A56.2 Хламидийная инфекция мочеполового тракта неуточненная

A56.3 Хламидийная инфекция аноректальной области

A56.4 Хламидийный фарингит

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

A57 – Шанкроид. Мягкий шанкр

A58 Паховая гранулема

A59 Трихомоноз:

A59.0 Урогенитальный трихомоноз

A59.8 Трихомоноз других локализаций

A59.9 Трихомоноз неуточненный

A60 Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция (herpes Simplex):

A60.0 Герпетические инфекции половых органов и мочеполового тракта

A60.1 Герпетические инфекции перианальных кожных покровов и прямой кишки

A60.9 Аногенитальная герпетическая инфекция неуточненная

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

A63.0 Аногенитальные (венерические) бородавки

A63.8 Другие уточненные заболевания, передающиеся преимущественно половым путем

A64 Болезни, передающиеся половым путём, неуточнённые

МИКОЗЫ (B35-B49):

B37 Кандидоз

B37.3 Кандидоз вульвы и вагины

B37.4 Кандидоз других урогенитальных локализаций

B37.9 Кандидоз неуточнённый

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

R76.2 Ложноположительная серологическая проба на сифилис

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

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

Z01.8 Другое уточнённое специальное обследование

Z02.0 Обследование в связи с поступлением в учебные заведения

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

Z02.3 Обследование призывников в вооружённые силы

Z02.5 Обследование в связи с занятием спортом

Z02.8 Другие обследования в административных целях

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

Z04.8 Обследование и наблюдение по другим уточнённым поводам

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

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

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

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

Z22.4 Носительство возбудителей инфекционных болезней, передаваемых преимущественно половым путем

Z29.2 Другой вид профилактической химиотерапии

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

Z71.2 Обращение за разъяснениями результатов исследования

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

Z86.1 В личном анамнезе инфекционные и паразитарные болезни

***Коды МКБ, начинающиеся с Z используются только при кодировании посещений с профилактической целью.**

2.10.5. Комплекс процессных мероприятий «Оказание паллиативной медицинской помощи, в том числе на дому» осуществляется:

1) в амбулаторных условиях:

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

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

2) в круглосуточном стационаре:

- за фактические койко-дни, с использованием КПП № 36 «Прочие» в пределах утвержденных объемов медицинской помощи по персонифицированным реестрам счетов.

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

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

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

2.10.6. Комплекс процессных мероприятий «Оказание специализированной медицинской помощи больным биологически опасными инфекционными заболеваниями (туберкулез, ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты В и С)» по нижеуказанным кодам МКБ до знака после точки осуществляется:

1) в амбулаторных условиях:

- за единицу объема медицинской помощи - за посещение, за консультативное посещение, в том числе с применением телемедицинских технологий, за обращение (законченный случай).

Обращение – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений). В отчетный месяц у одного пациента допускается не более 9 обращений по заболеванию.

Для контроля приверженности лечению и приема препаратов разрешить одному и тому же пациенту в течение месяца 9 обращений по заболеванию (состоящих из не менее 2 посещений), и не относить данные обращения к повторным по одному и тому же заболеванию.

2) в условиях дневного стационара:

- за фактические пациенто-дни с использованием КПП № 39 «Фтизиатрия» в пределах утвержденных объемов медицинской помощи по персонифицированным реестрам счетов.

При оплате не учитывать, как основание для отказа в оплате медицинской помощи, представление в реестрах счетов повторных случаев оказания медицинской помощи застрахованным лицам по одному и тому же заболеванию.

Оплату за оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара осуществлять на основании внесения сведений о пациенте в «Регистр по туберкулезным заболеваниям».

Оплату за оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара осуществлять на основании внесения сведений о пациенте в «Регистр по туберкулезным заболеваниям» с диагнозами: «A15-A19 Туберкулез», «B90 Последствия туберкулеза», «Z03.0 Наблюдение при подозрении на туберкулез».

В иных случаях лечения не учитывать наличие сведений о пациентах с другими диагнозами по профилю «фтизиатрия» в «Регистре по туберкулезным заболеваниям».

3) в условиях круглосуточного стационара:

- за фактические койко-дни с использованием КПП № 39 «Фтизиатрия» в пределах утвержденных объемов медицинской помощи по персонифицированным реестрам счетов.

Для соблюдения стандартных сроков лечения туберкулеза в стационарных условиях (согласно приказу Минздрава России от 29 декабря 2014 г. № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания», продолжительность фазы интенсивной терапии туберкулеза составляет от 2 до 8 месяцев).

Формирование реестров счетов и оплату оказания медицинской помощи осуществлять за фактические койко-дни с условным «техническим» закрытием случая лечения в конце отчетного месяца. При этом для незавершенного случая лечения использовать нумерацию медицинских карт стационарного больного в рамках одного законченного случая госпитализации с разделителем (слеш), а при закрытии «Карты выбывшего из стационара» в поле «Исход госпитализации» выставлять «Лечение продолжено». При выписке пациента по завершению лечения в поле «Исход госпитализации» выставлять «Лечение завершено».

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

Статистическая отчетность формирует условно закрытые случаи лечения одного и того же пациента по единому номеру истории болезни в один законченный случай лечения.

При условном «техническом» закрытии случая лечения и одновременном открытии нового случая лечения считать день выписи и день поступления двумя (отдельными) днями лечения.

При оплате не учитывать, как основание для отказа в оплате медицинской помощи, представление в реестрах счетов повторных случаев оказания медицинской помощи застрахованным лицам по одному и тому же заболеванию.

Оплату за оказание медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара осуществлять на основании внесения сведений о пациенте в «Регистр по туберкулезным заболеваниям» с диагнозами: «A15-A19 Туберкулез», «B90 Последствия туберкулеза», «Z03.0 Наблюдение при подозрении на туберкулез».

В иных случаях лечения не учитывать наличие сведений о пациентах с другими диагнозами по профилю «фтизиатрия» в «Регистре по туберкулезным заболеваниям».

Консультация врача-фтизиатра в амбулаторных условиях не является пересечением при нахождении пациента в круглосуточном или дневном стационаре в другой МО по другому профилю.

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

A15-A19 ТУБЕРКУЛЕЗ

<i>A15</i>	<i>ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, ПОДТВЕРЖДЕННЫЙ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИ И ГИСТОЛОГИЧЕСКИ</i>
<i>A15.0</i>	Туберкулез легких, подтвержденный бактериологически с наличием или отсутствием роста культуры
<i>15.1</i>	Туберкулез легких, подтвержденный только ростом культуры
<i>A15.2</i>	Туберкулез легких, подтвержденный гистологически
<i>A15.3</i>	Туберкулез легких, подтвержденный неуточненными методами
<i>A15.4</i>	Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, подтвержденный бактериологически и гистологически
<i>A15.5</i>	Туберкулез гортани, трахеи и бронхов, подтвержденный бактериологически и гистологически
<i>A15.6</i>	Туберкулезный плеврит, подтвержденный бактериологически и гистологически
<i>A15.7</i>	Первичный туберкулез органов дыхания, подтвержденный бактериологически и гистологически
<i>A15.8</i>	Туберкулез других органов дыхания, подтвержденный бактериологически и гистологически
<i>A15.9</i>	Туберкулез органов дыхания, неуточненной локализации, подтвержденный бактериологически и гистологически БДУ

- A16 ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, НЕ ПОДТВЕРЖДЕННЫЙ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИ ИЛИ ГИСТОЛОГИЧЕСКИ*
- A16.0 Туберкулез легких при отрицательных результатах бактериологических и гистологических исследований
- A16.1 Туберкулез легких без проведения бактериологических и гистологических исследований
- A16.2 Туберкулез легких без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении
- A16.3 Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении
- A16.4 Туберкулез гортани, трахеи и бронхов без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении
- A16.5 Туберкулезный плеврит без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении
- A16.7 Первичный туберкулез органов дыхания без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении
- A16.8 Туберкулез других органов без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении
- A16.9 Туберкулез других органов неуточненной локализации без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении
- A17 ТУБЕРКУЛЕЗ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ*
- A17.0 Туберкулезный менингит
- A17.1 Менингеальная туберкулема
- A17.8 Туберкулез нервной системы других локализаций
- A17.9 +Туберкулез нервной системы неуточненный (G99.8*) <*>
- A18 ТУБЕРКУЛЕЗ ДРУГИХ ОРГАНОВ*
- A18.0 Туберкулез костей и суставов
- A18.1 Туберкулез мочеполовых органов
- A18.2 Туберкулезная периферическая лимфаденопатия
- A18.3 Туберкулез кишечника, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов
- A18.4 Туберкулез кожи и подкожной клетчатки
- A18.5 Туберкулез глаза
- A18.6 Туберкулез уха
- A18.7 +Туберкулез надпочечников (E35.1*) <*>
- A18.8 Туберкулез других уточненных органов
- A19 МИЛИАРНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ*
- A19.0 Острый милиарный туберкулез одной уточненной локализации
- A19.1 Острый милиарный туберкулез множественной локализации
- A19.2 Острый милиарный туберкулез неуточненной локализации А

- 19.8 Другие формы милиарного туберкулеза
 A19.9 Милиарный туберкулез неуточненной локализации
- J65. ПНЕВМОКОНИОЗ, СВЯЗАННЫЙ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ*
- P37.0 ВРОЖДЕННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ*
- B90 ПОСЛЕДСТВИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА*
 B90.0 Отдаленные последствия туберкулеза центральной нервной системы
 B90.1 Отдаленные последствия туберкулеза мочеполовых органов
 B90.2 Отдаленные последствия туберкулеза костей и суставов
 B90.8 Отдаленные последствия туберкулеза других уточненных органов
 B90.9 Отдаленные последствия туберкулеза органов дыхания и неуточненного туберкулеза
- A31 ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННЫЕ ДРУГИМИ МИКОБАКТЕРИЯМИ*
 A31.0 Легочная инфекция, вызванная *Mycobacterium*
 A31.1 Кожная инфекция, вызванная *Mycobacterium*
 A31.8 Другие инфекции, вызванные *Mycobacterium*
 A31.9 Инфекция, вызванная *Mycobacterium*, неуточненная

*ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ КОДИРОВАНИЕ НЕКОТОРЫХ СОСТОЯНИЙ,
 СВЯЗАННЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ*

- R05 Кашель
 R76.1 Анормальные реакции на туберкулиновую пробу
 R53 Недомогание и утомляемость
 R91 Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностического изображения входе исследования легких
- Y58.0 Осложнения от введения вакцины БЦЖ
 Z01.5 Диагностические кожные и сенсбилизационные тесты
 Z01.8 Другое уточненное специальное обследование
 Z02.1 Обследование перед поступлением на работу
 Z02.2 Обследование в связи с поступлением в учреждение длительного пребывания
 Z02.3 Обследование призывников в вооруженные силы
 Z02.7 Обращение в связи с получением медицинских документов
 Z02.8 Другие обследования в административных целях
 Z03.0 Наблюдение при подозрении на туберкулез
 Z11.1 Специальное скрининговое обследование с целью выявления туберкулеза дыхательных путей
 Z20.1. Контакт с больным и возможность заражения туберкулезом
 Z22.7 Латентный туберкулез
 Z23.2 Необходимость иммунизации против туберкулеза (БЦЖ)
 Z71.2 Обращение за разъяснениями результатов исследования

Z76.8	Лица, обращающиеся в службы здравоохранения в других уточненных обстоятельствах
Z28	<i>НЕПРОВЕДЕННАЯ ИММУНИЗАЦИЯ</i>
Z28.0	Иммунизация не проведена из-за медицинских противопоказаний
Z28.1	Иммунизация не проведена из-за отказа пациента по причине его убеждений или группового давления
Z28.2	Иммунизация не проведена из-за отказа пациента по другой или не уточненной причине
Z28.8	Иммунизация не проведена по другой причине
Z28.9	Иммунизация не проведена по не уточненной причине
J00-J99	<i>БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ</i>
J18.0	Бронхопневмония не уточненная
J18.8	Другая пневмония, возбудитель не уточнен
J18.9	Пневмония не уточненная
J20.9	Острый бронхит не уточненный
J41.0	Простой хронический бронхит
J41.1	Слизисто-гнойный хронический бронхит
J41.8	Смешанный, простой и слизисто-гнойный хронический бронхит
J42	Хронический бронхит не уточненный
J44.1	Хроническая обструктивная легочная болезнь с обострением не уточненная
J44.8	Другая уточненная хроническая обструктивная легочная болезнь
J44.9	Хроническая обструктивная легочная болезнь не уточненная
J45.8	Смешанная астма
J45.9	Астма не уточненная
J65	Пневмокониоз, связанный с туберкулезом
J84.1	Другие интерстициальные легочные болезни с упоминанием о фиброзе
J84.9	Интерстициальная легочная болезнь, не уточненная
J85.0	Гангрена и некроз легкого
J85.1	Абсцесс легкого с пневмонией
J85.2	Абсцесс легкого без пневмонии
J91	Плевральный выпот при состояниях, классифицированных в других рубриках

<*> Для диагнозов, в которых основное состояние кодируется по двойной системе, предложенной в МКБ, следует регистрировать оба кода (со значками + и *), поскольку это позволит проводить альтернативные варианты анализа (Приказ Минздрава РФ от 21.03.2003 № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации»).

***Коды МКБ, начинающиеся с Z используются только при кодировании консультативных посещений и посещений с профилактической целью.**

2.10.7. Комплекс процессных мероприятий «Организация медицинской помощи по профилю «Наркология»» по нижеуказанным кодам МКБ до знака после точки осуществляется:

1) в амбулаторных условиях:

- за единицу объема медицинской помощи - за посещение, за консультативное посещение, за обращение (законченный случай), за комплексное обращение.

В тарифы на посещение с профилактической целью, обращение по поводу заболевания, комплексное обращение по поводу заболевания, включены расходы на посещение врача-специалиста, клинического медицинского психолога и расходы на проведение лабораторных, диагностических и инструментальных исследований при оказании амбулаторной медицинской помощи.

В реестр счетов отчетного месяца включаются случаи оказания амбулаторной медицинской помощи за обращение по поводу заболевания, комплексное обращение по поводу заболевания, пациентам, находящимся в регистре по наркологии.

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

Комплексное обращение по поводу заболевания, осуществляется только в условиях ГБУЗ РКНД Минздрава РБ, и включает в себя дополнительные расходы за консультацию клинического медицинского психолога и (или) специалиста по социальной работе, а также возможными при необходимости расходами на проведение лабораторных, диагностических и инструментальных исследований (химико-токсикологических исследований, биохимических исследований, определение хронического употребления алкоголя, иммунологические исследования) при оказании амбулаторной медицинской помощи.

Комплексное обращение по поводу заболевания включает в себя не менее двух посещения врача психиатра-нарколога и не менее одной из нижеперечисленных медицинских услуг:

V01.070.009 - Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный;

V01.070.010 - Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный;

A09.28.055 - Определение психоактивных веществ в моче.

A13.29.011 - Социально-реабилитационная работа (консультация социального работника);

V03.016.004 - Биохимические исследования,

A09.05.229 - Качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови методом капиллярного электрофореза (определение хронического употребления алкоголя)

A26.06.036 - Определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови

A26.06.041.002 - Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови

A26.06.082.002 - Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) иммуноферментным методом (ИФА) в крови (иммунологические исследования)

A26.06.048.002 - Выявления антител к ВИЧ-1,2 и антигена р24 ВИЧ 1

A 26.06.121 – Антитела к аскаридам

B04.035.008 - Школа психосоциальной адаптации для больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения и их родственников (консультация социального работника); не менее 2 раз в месяц (до 4 раз в месяц).

A09.05.044 Определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови

В рамках «антитабачного лечения» и амбулаторной реабилитации в соответствии с диспансерным наблюдением у одного пациента в отчетном месяце допускается не более 9 посещений.

Консультация врача-нарколога в амбулаторных условиях не является пересечением при нахождении пациента в круглосуточном или дневном стационаре в другой МО по другому профилю.

Утвердить отдельные коды посещений с последующим формированием реестров счетов по персонифицированным данным:

- для выдачи информации по запросам для лиц, состоящих под диспансерным наблюдением по профилю «наркология» (код посещения заканчивается на 979) с указанием кода МКБ-10 Z04.8 «Обследование и наблюдение по другим уточненным поводам»;

- для выдачи информации по запросам для лиц, не состоящих под диспансерным наблюдением по профилю «наркология» (код посещения заканчивается на 980) с указанием кода МКБ-10 Z71.8 «Другая уточненная консультация» и обязательным указанием в поле «COMENTSL» номера, даты и организации, направившей запрос.

2) в условиях дневного стационара:

- за фактические пациенто-дни с использованием КПП № 40 «Наркология» в пределах утвержденных объемов медицинской помощи по персонифицированным реестрам счетов.

При оплате не учитывать, как основание для отказа в оплате медицинской помощи, представление в реестрах счетов повторных случаев оказания медицинской помощи застрахованным лицам по одному и тому же заболеванию.

3) в условиях круглосуточного стационара:

- за фактические койко-дни с использованием КПП № 40 «Наркология» и коэффициента уровня медицинской организации в пределах утвержденных объемов медицинской помощи по персонифицированным реестрам счетов.

Коэффициент уровня медицинской организации учитывает расходы учреждения на отделение неотложной наркологической помощи с палатой интенсивной терапии, отделение для больных с сопутствующей ВИЧ инфекцией, отделений медицинской наркологической реабилитации, химикотоксикологическую лабораторию, наличие коек для лечения несовершеннолетних лиц.

При оплате не учитывать, как основание для отказа в оплате медицинской помощи, представление в реестрах счетов повторных случаев оказания медицинской помощи застрахованным лицам по одному и тому же заболеванию.

Перечень заболеваний, состояний по профилю «наркология» для оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара по дополнительным

видам и условиям оказания медицинской помощи, не установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

№ п/п		Возраст	Код по МКБ-10 основного заболевания	Условия оказания	Сроки лечения	Профиль
1	2	3	4	5	6	7
1.	Специализированная медицинская помощь по профилю «наркология» в условиях круглосуточного стационара	Все возрастные категории	F10.5, F11.5, F12.5, F13.5, F14.5, F15.5, F16.5, F18.5, F19.5	Стационарно	20	Наркологический
			F10.0, F11.0, F12.0, F13.0, F14.0, F15.0, F16.0, F17.0, F18.0, F19.0	Стационарно	3	Наркологический
			F10.1, F11.1, F12.1, F13.1, F14.1, F15.1, F16.1, F17.1, F18.1, F19.1	Стационарно	24	Наркологический
			F10.4, F11.4, F12.4, F13.4, F14.4, F15.4, F16.4, F17.4, F18.4, F19.4	Стационарно	7	Наркологический
			F10.6, F11.6, F12.6, F13.6, F14.6, F15.6, F16.6, F18.6, F19.6	Стационарно	90	Наркологический
			F10.3, F11.3, F12.3, F13.3, F14.3, F15.3, F16.3, F18.3, F19.3	Стационарно	10	Наркологический
			F10.2, F11.2, F12.2, F13.2, F14.2, F15.2, F16.2, F18.2, F19.2	Стационарно	21	Наркологический

Перечень заболеваний, состояний по профилю «наркология» для оплаты первичной специализированной медико-санитарной помощи по дополнительным видам и условиям оказания медицинской помощи, не установленным базовой программой обязательного медицинского страхования*.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь	F10.0, F10.1, F10.2, F10.20, F10.200, F10.201, F10.202, F10.21, F10.23, F10.3, F10.4, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9, F11.0, F11.1, F11.2, F11.20, F11.200, F11.201, F11.202, F11.21, F11.23, F11.3, F11.4, F11.5, F11.6, F11.7, F11.8, F11.9, F12.0, F12.1, F12.2, F12.20, F12.200, F12.201, F12.202, F12.21, F12.23, F12.3, F12.4, F12.5, F12.6, F12.7, F12.8, F12.9, F13.0, F13.1, F13.2, F13.20, F13.200, F13.201, F13.202, F13.21, F13.23, F13.3, F13.4, F13.5, F13.6, F13.7, F13.8, F13.9, F14.0, F14.1, F14.2, F14.20, F14.200, F14.201, F14.202, F14.21, F14.23, F14.3, F14.4, F14.5, F14.6, F14.7, F14.8, F14.9, F15.0, F15.1, F15.2, F15.20, F15.200, F15.201, F15.202, F15.21, F15.23, F15.3, F15.4, F15.5, F15.6, F15.7, F15.8, F15.9, F16.0, F16.1, F16.2, F16.20, F16.200, F16.201, F16.202, F16.21, F16.23, F16.3, F16.4, F16.5, F16.6, F16.7, F16.8, F16.9, F17.0, F17.1, F17.2, F17.20, F17.200, F17.201, F17.202, F17.21, F17.23, F17.3, F17.4, F17.5, F17.6, F17.7, F17.8, F17.9, F18.0, F18.1, F18.2, F18.20, F18.200, F18.201, F18.202, F18.21, F18.23, F18.3, F18.4, F18.5, F18.6, F18.7, F18.8, F18.9, F19.0, F19.1, F19.2, F19.20, F19.200, F19.201, F19.202, F19.21, F19.23, F19.3, F19.4, F19.5, F19.6, F19.7, F19.8, F19.9, Z71.0, Z71.2, Z71.4, Z71.5, Z71.6, Z71.8, Z71.9, Z72.0, Z72.1, Z72.2, Z72.6, Z72.8, Z72., Z81.1, Z81.2, Z81.3, Z81.4, Z81.8, Z04.8	амбулаторно	Наркологический
---	--	-------------	-----------------

***Коды МКБ, начинающиеся с Z используются только при кодировании консультативных посещений и посещений с профилактической целью.**

Перечень заболеваний, состояний по профилю «наркология» для оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара по дополнительным видам и условиям оказания медицинской помощи, не установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

Оказание специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара	F 10.0, F 11.0, F 12.0, F 13.0, F 14.0, F 15.0, F 16.0, F 17.0, F 18.0, F 19.0, F10.1, F11.1, F12.1, F13.1, F14.1, F15.1, F 16.1, F 17.1, F 18.1, F19.1, F10.2, F 11.2, F12.2, F13.2, F14.2, F15.2, F16.2, F 18.2, F19.2, F10.3, F11.3, F12.3, F13.3, F14.3, F15.3, F16.3, F18.3, F19.3, F10.6, F11.6, F12.6, F13.6, F14.6, F15.6, F16.6, F18.6	Дневной стационар	Наркологический
---	---	-------------------	-----------------

2.10.8. Комплекс процессных мероприятий «Улучшение уровня психологического здоровья населения» по нижеуказанным кодам МКБ до знака после точки осуществляется:

1) в амбулаторных условиях:

- за единицу объема медицинской помощи - за посещение, за консультативное посещение, за обращение (законченный случай), за комплексное обращение.

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

Комплексное обращение по поводу заболевания, осуществляется только в условиях ГБУЗ РКПЦ Минздрава РБ и включает в себя дополнительные расходы по приему первичных пациентов с диагностически сложными заболеваниями психотерапевтического профиля, проведение им диагностических исследований для уточнения диагноза, в том числе с применением генетического исследования, а также подбор медикаментозной терапии (с проведением дистанционных консультаций с ФГБУ НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева Минздрава России, консультаций работников профильных кафедр ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России). Оказание специализированной психотерапевтической помощи детям до 14 лет и подросткам 15-17 лет, в том числе с суицидальным риском (попытками суицида).

Комплексное обращение по поводу заболевания включает в себя не менее двух посещения врача психотерапевта-психиатра и не менее одной из нижеперечисленных медицинских услуг:

V01.070.009 - Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный

A13.23.001 - Медико-логопедическое исследование при дисфагии

A13.23.002 - Медико-логопедическое исследование при афазии

A13.23.003 - Медико-логопедическое исследование при дизартрии

A13.23.004 - Медико-логопедическая процедура при дисфагии

A13.23.005 - Медико-логопедическая процедура при афазии

A13.23.006 - Медико-логопедическая процедура при дизартрии

A13.23.007 - Медико-логопедическая тонально-ритмическая процедура

A13.23.008 - Медико-логопедическая процедура с использованием интерактивных информационных технологий

V05.069.005 - Разработка индивидуальной программы дефектологической реабилитации

V05.069.006 - Разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации

V01.023.001 - Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный

V01.031.001 - Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный

В01.034.001 - Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта первичный

В01.035.001 - Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра первичный

В01.047.001 - Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный

Консультация врача-психотерапевта/психиатра в амбулаторных условиях не является пересечением при нахождении пациента в круглосуточном или дневном стационаре в другой МО по другому профилю.

2) в условиях дневного стационара:

- за фактические пациенто-дни с использованием КПП № 41 «Психотерапия» в пределах утвержденных объемов медицинской помощи по персонифицированным реестрам счетов.

При оплате не учитывать, как основание для отказа в оплате медицинской помощи, представление в реестрах счетов повторных случаев оказания медицинской помощи застрахованным лицам по одному и тому же заболеванию.

Допускаются амбулаторные посещения/обращения в другие медорганизации для консультации специалистов другого профиля, не является пересечением при нахождении пациента в дневном стационаре психотерапевтического профиля.

3) в условиях круглосуточного стационара:

- за фактические койко-дни с использованием КПП № 41 «Психотерапия» и коэффициента уровня медицинской организации в пределах утвержденных объемов медицинской помощи по персонифицированным реестрам счетов.

Коэффициент уровня медицинской организации учитывает расходы учреждения по диагностически сложным заболеваниям психотерапевтического профиля, проведение диагностических исследований для уточнения диагноза, в том числе с применением генетического исследования, а также подбор медикаментозной терапии (с проведением дистанционных консультаций с ФГБУ НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева Минздрава России, консультаций работников профильных кафедр ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России).

При оплате не учитывать, как основание для отказа в оплате медицинской помощи, представление в реестрах счетов повторных случаев оказания медицинской помощи застрахованным лицам по одному и тому же заболеванию.

Допускаются амбулаторные посещения в другие медицинские организации для получения консультации специалистов другого профиля, при наличии экстренных показаний, не является пересечением при нахождении пациента в круглосуточном стационаре психотерапевтического профиля.

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

F06.3	Органические расстройства настроения [аффективные]
F06.4	Органическое тревожное расстройство
F06.6	Органическое эмоционально лабильное [астеническое] расстройство
F06.7	Легкое когнитивное расстройство
F06.8	Другие уточненные психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью
F20.4	Постшизофреническая депрессия

- F21 Шизотипическое расстройство
- F22.8 Другие хронические бредовые расстройства
- F25 Шизоаффективные расстройства
- F25.0 Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип
- F25.1 Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип
- F25.2 Шизоаффективное расстройство, смешанный тип
- F25.8 Другие шизоаффективные расстройства
- F25.9 Шизоаффективное расстройство неуточненное
- F31 Биполярное аффективное расстройство
- F31.0 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод гипомании
- F31.1 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов
- F31.3 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии
- F31.4 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов
- F31.6 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера
- F31.7 Биполярное аффективное расстройство, текущая ремиссия
- F31.8 Другие биополярные аффективные расстройства
- F32 Депрессивный эпизод
- F32.0 Депрессивный эпизод легкой степени
- F32.1 Депрессивный эпизод средней степени
- F32.2 Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов
- F32.8 Другие депрессивные эпизоды
- F32.9 Депрессивный эпизод неуточненный
- F33.0 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени
- F33.1 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени
- F33.2 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени без психотических симптомов
- F33.4 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущее состояние ремиссии
- F33.8 Другие рекуррентные депрессивные расстройства
- F33.9 Рекуррентное депрессивное расстройство неуточненное
- F34 Устойчивые расстройства настроения [аффективные расстройства]
- F34.0 Циклотимия
- F34.1 Дистимия
- F34.8 Другие устойчивые расстройства настроения [аффективные]
- F34.9 Устойчивое расстройство настроения [аффективное] неуточненное
- F38 Другие расстройства настроения [аффективные]
- F38.0 Другие одиночные расстройства настроения [аффективные]
- F38.1 Другие рекуррентные расстройства настроения [аффективные]
- F38.8 Другие уточненные расстройства настроения [аффективные]
- F39 Расстройство настроения [аффективное] неуточненное
- F40 Фобические тревожные расстройства
- F40.1 Социальные фобии
- F40.8 Другие фобические тревожные расстройства
- F40.9 Фобическое тревожное расстройство неуточненное
- F41 Другие тревожные расстройства
- F41.0 Паническое расстройство [эпизодическая пароксизмальная тревожность]

- F41.1 Генерализованное тревожное расстройство
- F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство
- F41.3 Другие смешанные тревожные расстройства
- F41.8 Другие уточненные тревожные расстройства
- F41.9 Тревожное расстройство неуточненное
- F42 Обсессивно-компульсивное расстройство
- F42.0 Преимущественно навязчивые мысли или размышления
- F42.1 Преимущественно компульсивное действие [навязчивые ритуалы]
- F42.2 Смешанные навязчивые мысли и действия
- F42.8 Другие обсессивно-компульсивные расстройства
- F42.9 Обсессивно-компульсивное расстройство неуточненное
- F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации
- F43.0 Острая реакция на стресс
- F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство
- F43.2 Расстройство приспособительных реакций
- F43.8 Другие реакции на тяжелый стресс
- F43.9 Реакция на тяжелый стресс неуточненная
- F44 Диссоциативные [конверсионные] расстройства
- F44.0 Диссоциативная амнезия
- F44.1 Диссоциативная фуга
- F44.2 Диссоциативный ступор
- F44.3 Транс и одержимость
- F44.4 Диссоциативные двигательные расстройства
- F44.5 Диссоциативные конвульсии
- F44.6 Диссоциативная анестезия или потеря чувственного восприятия
- F44.7 Смешанные диссоциативные [конверсионные] расстройства
- F44.8 Другие диссоциативные [конверсионные] расстройства
- F44.9 Диссоциативное [конверсионное] расстройство неуточненное
- F45 Соматоформные расстройства
- F45.0 Соматизированное расстройство
- F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство
- F45.2 Ипохондрическое расстройство
- F45.3 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы
- F45.4 Устойчивое соматоформное болевое расстройство
- F45.8 Другие соматоформные расстройства
- F45.9 Соматоформное расстройство неуточненное
- F48 Другие невротические расстройства
- F48.0 Неврастения
- F48.1 Синдром деперсонализации-дереализации
- F48.8 Другие уточненные невротические расстройства
- F48.9 Невротическое расстройство неуточненное
- F50 Расстройства приема пищи
- F50.0 Нервная анорексия
- F50.1 Атипичная нервная анорексия
- F50.2 Нервная булимия
- F50.3 Атипичная нервная булимия

- F50.4 Переедание, связанное с другими психологическими расстройствами
- F50.5 Рвота, связанная с другими психологическими расстройствами
- F50.8 Другие расстройства приема пищи
- F50.9 Расстройство приема пищи неуточненное
- F51 Расстройства сна неорганической этиологии
- F51.0 Бессонница неорганической этиологии
- F51.1 Сонливость [гиперсомния] неорганической этиологии
- F51.2 Расстройство режима сна и бодрствования неорганической этиологии
- F51.3 Снохождение [сомнамбулизм]
- F51.4 Ужасы во время сна [ночные ужасы]
- F51.5 Кошмары 1
- F51.8 Другие расстройства сна неорганической этиологии
- F51.9 Расстройство сна неорганической этиологии неуточненное
- F54 Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках
- F59 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами, неуточненные
- F60 Специфические расстройства личности
- F60.0 Параноидное расстройство личности
- F60.1 Шизоидное расстройство личности
- F60.2 Диссоциальное расстройство личности
- F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности
- F60.4 Истерическое расстройство личности
- F60.5 Ананкастное расстройство личности
- F60.6 Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности
- F60.7 Расстройство типа зависимой личности
- F60.8 Другие специфические расстройства личности
- F60.9 Расстройство личности неуточненное
- F61 Смешанные и другие расстройства личности
- F63 Расстройства привычек и влечений
- F63.0 Патологическое влечение к азартным играм
- F63.1 Патологическое влечение к поджогам [пиромания]
- F63.2 Патологическое влечение к воровству [клептомания]
- F63.3 Трихотилломания
- F63.8 Другие расстройства привычек и влечений
- F63.9 Расстройство привычек и влечений неуточненное
- F64 Расстройства половой идентификации
- F64.8 Другое расстройство половой идентификации
- F64.9 Расстройство половой идентификации, неуточненное
- F66 Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым развитием и ориентацией
- F66.0 Расстройство сексуального созревания
- F66.1 Эгодистоническая половая ориентация
- F66.2 Расстройство сексуальных отношений
- F66.8 Другие расстройства психосексуального развития
- F66.9 Расстройство психосексуального развития неуточненное

- F68 Другие расстройства личности и поведения в зрелом возрасте
- F68.0 Преувеличение соматической симптоматики по психологическим причинам
- F68.1 Умышленное вызывание или симулирование симптомов или инвалидности физического или психологического характера [поддельное нарушение]
- F68.8 Другие уточненные расстройства личности и поведения в зрелом возрасте
- F69 Расстройство личности и поведения в зрелом возрасте неуточненное
- F80 Специфические расстройства развития речи и языка
- F80.0 Специфическое расстройство речевой артикуляции
- F80.1 Расстройство экспрессивной речи
- F80.2 Расстройство рецептивной речи
- F80.3 Приобретенная афазия с эпилепсией [Ландау-Клеффнера]
- F80.8 Другие расстройства развития речи и языка
- F80.9 Расстройства развития речи и языка неуточненные
- F81 Специфические расстройства развития учебных навыков
- F81.0 Специфическое расстройство чтения
- F81.1 Специфическое расстройство спеллингования
- F81.2 Специфическое расстройство арифметических навыков
- F81.3 Смешанное расстройство учебных навыков
- F81.8 Другие расстройства развития учебных навыков
- F81.9 Расстройство развития учебных навыков неуточненное
- F82 Специфические расстройства развития моторной функции
- F83 Смешанные специфические расстройства психологического развития
- F84 Общие расстройства психологического развития
- F84.1 Атипичный аутизм
- F84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста
- F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями
- F84.5 Синдром Аспергера
- F84.8 Другие общие расстройства развития
- F84.9 Общее расстройство развития неуточненное
- F88 Другие расстройства психологического развития
- F89 Расстройство психологического развития неуточненное
- F90 Гиперкинетические расстройства
- F90.0 Нарушение активности и внимания
- F90.1 Гиперкинетическое расстройство поведения
- F90.8 Другие гиперкинетические расстройства
- F90.9 Гиперкинетическое расстройство неуточненное
- F91 Расстройства поведения
- F91.0 Расстройство поведения, ограниченное рамками семьи
- F91.1 Несоциализированное расстройство поведения
- F91.2 Социализированное расстройство поведения
- F91.3 Вызывающее оппозиционное расстройство
- F91.8 Другие расстройства поведения
- F91.9 Расстройство поведения неуточненное
- F92 Смешанные расстройства поведения и эмоций
- F92.0 Депрессивное расстройство поведения

- F92.8 Другие смешанные расстройства поведения и эмоций
 - F92.9 Смешанное расстройство поведения и эмоций неуточненное
 - F93 Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста
 - F93.0 Тревожное расстройство у детей, вызванное разлукой
 - F93.1 Фобическое тревожное расстройство в детском возрасте
 - F93.2 Социальное тревожное расстройство в детском возрасте
 - F93.3 Расстройство сиблингового соперничества
 - F93.8 Другие эмоциональные расстройства в детском возрасте
 - F93.9 Эмоциональное расстройство в детском возрасте неуточненное
Расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возрастов
 - F94.0 Элективный мутизм
 - F94.1 Реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте
 - F94.2 Расстройство привязанностей в детском возрасте по расторможенному типу
 - F94.8 Другие расстройства социального функционирования в детском возрасте
 - F94.9 Расстройство социального функционирования в детском возрасте неуточненное
 - F95 Тики
 - F95.0 Транзиторные тики
 - F95.1 Хронические моторные тики или вокализмы
 - F95.2 Комбинирование вокализмов и множественных моторных тиков [синдром де ла Туретта]
 - F95.8 Другие тики
 - F95.9 Тики неуточненные
 - F98 Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте
 - F98.0 Энурез неорганической природы
 - F98.1 Энкопрез неорганической природы
 - F98.2 Расстройство приема пищи в младенческом и детском возрасте
 - F98.3 Поедание несъедобного младенцами и детьми
 - F98.4 Стереотипные двигательные расстройства
 - F98.5 Заикание [запинание]
 - F98.6 Речь взхлеб
 - F98.8 Другие уточненные эмоциональные расстройства и расстройства поведения с началом, обычно приходящимся на детский и подростковый возраст
 - F98.9 Эмоциональное расстройство и расстройство поведения с началом, обычно приходящимся на детский и подростковый возраст, неуточненное
- F06.5, F06.9, F09, F20, F22.9, F23.0, F40.0, F40.2, F52, F52.0, F52.1, F52.2, F52.3, F52.4, F52.5, F52.6, F52.7, F52.8, F52.9, F53, F53.0, F53.8, F53.9, F64.0, F64.1, F64.2, F65, F65.0, F65.1, F65.2, F65.3, F65.6, F65.8, F65.9, F84.0, F94, Z09.3, Z13.3, Z50.4, Z54.3, Z56, Z56.0, Z56.1, Z56.2, Z56.3, Z56.4, Z56.5, Z56.6, Z60, Z60.0, Z60.1, Z60.2, Z60.3, Z60.4, Z60.5, Z60.8, Z60.9, Z61, Z61.0, Z61.1, Z61.2, Z61.3, Z61.4, Z61.5, Z61.6, Z61.7, Z61.8, Z61.9, Z62, Z62.0, Z62.1, Z62.2, Z62.3, Z62.4, Z62.5, Z62.6, Z62.8, Z62.9, Z63, Z63.0, Z63.1, Z63.2, Z63.3, Z63.4, Z63.5, Z63.6, 63.7, Z63.8, Z63.9, Z64, Z64.0, Z64.1, Z64.2, Z64.3, Z64.4, Z65, Z65.0, Z65.1, Z65.2, Z65.3, Z65.4, Z65.5, Z65.8, Z65.9, Z70, Z70.0, Z70.1, Z70.2, Z70.3, Z70.8, Z70.9, Z71, Z71.0, Z71.1, Z71.2, Z71.3, Z71.4, Z71.5, Z71.6, Z71.7, Z71.8, Z71.9, Z72, Z72.0, Z72.1, Z72.2, Z72.3, Z72.4, Z72.5, Z72.6, Z72.8, Z72.9, Z73, Z73.0, Z73.1, Z73.2, Z73.3, Z73.4, Z73.5, Z73.6, Z73.8, Z73.9, Z74, Z74.0, Z74.1, Z74.2, Z74.3, Z74.8, Z74.9, Z76.5, Z76.8, Z76.9, Z91.3, Z91.4, Z91.5, Z91.6, Z91.8, Z02.7; Z55.0; Z55.1; Z55.2; Z55.3; Z55.4; Z55.8

***Коды МКБ, начинающиеся с Z используются только при кодировании консультативных посещений и посещений с профилактической целью.**

****Коды МКБ-10: Z55.0; Z55.1; Z55.2; Z55.3; Z55.4; Z55.8; Z62.8 применяются для кодирования посещений детского населения.**

2.10.9. Тарифы медицинской помощи в рамках дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС на 2025 год, представлены в Приложении № 35 к Соглашению.

2.10.10. Контрольно-экспертные мероприятия случаев оказания медицинской помощи в рамках базовой и сверх базовой Программы ОМС проводятся согласно Порядку проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения (Приказ МЗ РФ от 19.03.2021г. №231н).

Критерием отбора случаев на МЭЭ по профилю «венерология» является количество дней пребывания на койке инфекций, передающихся преимущественно половым путем (А50-А64)

Код	Наименование по МКБ-10	Кол-во дней пребывания на койке
A50	Врожденный сифилис	
A50.0	Ранний врожденный сифилис с симптомами	28
A50.1	Ранний врожденный сифилис скрытый	28
A50.2	Ранний врожденный сифилис неуточненный	28
A50.3	Позднее врожденное сифилитическое поражение глаз	28 дней - через 2 недели – второй курс лечения 14 дней
A50.4	Поздний врожденный нейросифилис [ювенильный нейросифилис]	28 дней - через 2 недели – второй курс лечения 14 дней
A50.5	Другие формы позднего врожденного сифилиса с симптомами	28 дней - через 2 недели – второй курс лечения 14 дней
A50.6	Поздний врожденный сифилис скрытый	28 дней - через 2 недели – второй курс лечения 14 дней
A50.7	Поздний врожденный сифилис неуточненный	28 дней - через 2 недели – второй курс лечения 14 дней
A50.9	Врожденный сифилис неуточненный	28 дней - через 2 недели – второй курс лечения 14 дней
A51	Ранний сифилис	
A51.0	Первичный сифилис половых органов	14
A51.1	Первичный сифилис анальной области	14
A51.2	Первичный сифилис других локализаций	14
A51.3	Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек	28
A51.4	Другие формы вторичного сифилиса	28
A51.5	Ранний сифилис скрытый	28
A51.9	Ранний сифилис неуточненный	28
A52	Поздний сифилис	
A52.0+	Сифилис сердечно-сосудистой системы	28 дней - через 2 недели – второй курс лечения 14 дней
A52.1	Нейросифилис с симптомами	28 дней - через 2 недели – второй курс лечения 14 дней
A52.2	Асимптомный нейросифилис	28 дней - через 2 недели – второй курс лечения 14 дней
A52.3	Нейросифилис неуточненный	28 дней - через 2 недели – второй курс лечения 14 дней
A52.7	Другие симптомы позднего сифилиса	28 дней - через 2 недели – второй курс лечения 14 дней
A52.8	Поздний сифилис скрытый	28 дней - через 2 недели – второй курс лечения 14 дней

Код	Наименование по МКБ-10	Кол-во дней пребывания на койке
A52.9	Поздний сифилис неуточненный	28 дней - через 2 недели – второй курс лечения 14 дней
A53	Другие и неуточненные формы сифилиса	28 дней - через 2 недели – второй курс лечения 14 дней
A53.0	Скрытый сифилис, неуточненный как ранний или поздний	28 дней - через 2 недели – второй курс лечения 14 дней
A53.9	Сифилис неуточненный	28 дней - через 2 недели – второй курс лечения 14 дней
A54	Гонококковая инфекция	
A54.0	Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования периуретральных или придаточных желез	до 7
A54.1	Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием периуретральных и придаточных желез	до 7
A56.0	Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта	7
A56.1+	Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов	14-21
A59	Трихомоноз	
A59.0	Урогенитальный трихомоноз	7
A60	Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция [herpes simplex]	
A60.0	Герпетические инфекции половых органов и мочеполового тракта	7
A60.1	Герпетические инфекции перианальных кожных покровов и прямой кишки	7
A63	Другие болезни, передающиеся преимущественно половым путем, не классифицированные в других рубриках	
A63.0	Аногенитальные (венерические) бородавки	14
Z22.4	Носительство возбудителей инфекционных болезней, передаваемых преимущественно половым путём	20
Z29.2	Другой вид профилактической химиотерапии	7
	- профилактическое лечение	Сроки соответствуют диагнозу при специфическом лечении

2.11. Оплата медицинской помощи в рамках межучрежденческих и межтерриториальных расчетов.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Республики Башкортостан (далее – проведение межтерриториальных расчетов), осуществляется в соответствии с тарифами, установленными настоящим тарифным соглашением.

Межучрежденческие расчеты могут осуществляться с использованием двух моделей организации оплаты:

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

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

В случае если взаиморасчеты осуществляются страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждую выполненную единицу объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай) с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление.

Страховые медицинские организации осуществляют оплату услуг на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации-инициатора оказания медицинской помощи в другой медицинской организации, уменьшается на объем средств, перечисленных медицинской организации, в которой были фактически выполнены отдельные медицинские услуги (медицинские вмешательства, исследования), за выполнение указанных отдельных медицинских услуг по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

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

Тарифы на лабораторные услуги, применяемые, в том числе для централизованных лабораторий и рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов представлены приложением № 36 к Соглашению.

В случае использования модели оплаты медицинской помощи в рамках Договоров между медицинскими организациями без участия страховой медицинской организации указанный случай оказания медицинской помощи может быть отражен в реестре счетов только одной медицинской организации. Оплата медицинской помощи в рамках Договоров осуществляется в том числе из средств, направленных страховой медицинской организацией в медицинскую организацию, отражающую указанный случай медицинской помощи в реестрах счетов.

Через страховую медицинскую организацию осуществляется оплата:

- оказания лабораторных услуг централизованной лабораторией;
- консультирования медицинским психологом в амбулаторных условиях;
- описания и интерпретации изображений, проводимых в Онкологическом центре дистанционной лучевой диагностики;
- патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу ОМС;
- радиоизотопная диагностика (сцинтиграфия, радиометрия, ренография)
- скрининговое УЗИ при беременности (11-14 недель, 18-21 неделя, 30-34 недели);
- исследование уровня хлоридов в поте;
- тестирование на наличие респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов);
- исследование кала на скрытую кровь (иммунохимическим количественным методом).

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

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

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

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

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

3.2. Коэффициенты дифференциации для медицинских организаций Республики Башкортостан на 2025 год, рассчитанные в соответствии с постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462 учитывающий районный коэффициент к заработной плате и процентную надбавку к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР, в том числе для расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований устанавливаются приложением № 2 к Соглашению.

3.3. Тарифы на оплату медицинской помощи в сфере ОМС рассчитываются в соответствии с территориальными нормативами финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и устанавливаются исходя из объема бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы ОМС, установленного Законом Республики Башкортостан от 23.12.2024 № 198-з «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов».

3.4. Порядок формирования тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливается в соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 400 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.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой **в рамках дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования**, 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, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 400 тыс. рублей за единицу.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию сформированы в соответствии с принятыми в территориальной

программе обязательного медицинского страхования способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

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

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

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

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Оплата труда медицинских работников по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, включая углубленную диспансеризацию и диспансеризацию граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, осуществляется в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации с учетом работы за пределами установленной для них продолжительности рабочего времени.

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

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан осуществляет ежеквартально мониторинг и анализ уровня оплаты труда медицинских работников медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения республики, участвующих в территориальной программе обязательного медицинского страхования, в разрезе отдельных специальностей с представлением результатов мониторинга в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и информированием Министерства здравоохранения Республики Башкортостан для принятия необходимых мер по обеспечению должного уровня оплаты труда медицинских работников

3.5. Оплата расходов медицинских организаций в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

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

3.7. Предельная стоимость лабораторных и диагностических услуг при осуществлении расчетов между МО установлена в приложении № 36 «Стоимость лабораторных и диагностических услуг при осуществлении расчетов между медицинскими организациями в сфере ОМС».

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

3.9. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо (численность застрахованного населения на основании данных регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц по состоянию на 01.01.2024 года – 3 864 271 человек) в части базовой программы обязательного медицинского страхования (средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи), за исключением размера средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Республики Башкортостан на 2025 год, составляет:

- в амбулаторных условиях – 8 827,81 руб., исходя из расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях 34 113 065,784 тыс. руб.;

- в условиях круглосуточного стационара – 9 989,85 руб., исходя из расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях 38 603 493,589 тыс. руб. (с учетом высокотехнологичной медицинской помощи);

- в условиях дневного стационара – 2 264,7 руб., исходя из расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара 8 751 405,774 руб. (с учетом высокотехнологичной медицинской помощи);

- вне медицинской организации при оказании скорой медицинской помощи – 1 353,65 руб., исходя из расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации 5 230 885,948 тыс. руб.

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

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

4.2. В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные статьей 41 Федерального закона, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

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

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

$$C = H + C_{\text{шт}}, \text{ где:}$$

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

$C_{\text{шт}}$ - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

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

$$H = PT \times K_{\text{но}}, \text{ где:}$$

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

$K_{\text{но}}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с Перечнем оснований неоплаты, неполной оплаты оказания медицинской помощи, штрафов (Приложение № 37 к Соглашению).

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

$H = (PT1 - PT2) + PT2 \times K_{но}$, где:

PT1 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

PT2 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, предоставленной на экспертизу).

$K_{но}$, – коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

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

$C_{шт} = RP \times K_{шт}$, где:

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

RP – установленный Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленный территориальной программой на год (за исключением кода нарушения/дефекта 2.16.1, для которого RP - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной 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.

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

Условия оказания медицинской помощи:	Размеры подушевых нормативов финансирования, используемые при определении размера штрафа			
	ПГГ РБ 2025 год	без учета К дифференциации	с К дифференциации 1,105	с К дифференциации 2,015
- в амбулаторных условиях	8 887,50	8 013,98	8 855,45	16 148,17
- скорая медицинская помощь	1 382,67	1 246,77	1 377,68	2 512,24
- в стационарных условиях, в том числе при оказании ВМП	10426,71	9 401,90	10 389,10	18 944,83
- в условиях дневного стационара, в том числе при оказании ВМП	2348,93	2 118,06	2 340,46	4 267,89

Размеры подушевых нормативов финансирования в рамках **сверхбазовой** программы ОМС, используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи:

Условия оказания медицинской помощи:	Размеры подушевых нормативов финансирования, используемые при определении размера штрафа (ПГГ РБ 2025 год)
- в амбулаторных условиях	446,39
- в стационарных условиях	1013,86
- в условиях дневного стационара	55,77

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

Организовать страховым медицинским организациям 100% охват контрольно-экспертными мероприятиями случаев оказания медицинской помощи с КСГ st29.013 «Операция на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)» с кодом медицинской услуги «А16.03.022.002» (остеосинтез титановой пластиной) на наличие обоснования в медицинской документации необходимости применения медицинской услуги «А16.03.022.002».

V. Заключительные положения.

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

5.1.1. Порядок приема реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в Республике Башкортостан осуществляется в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 ноября 2022 года 1998 «Об утверждении

правил ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования».

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

5.2. Формирование реестров пролеченных больных в стационарных условиях и условиях дневного стационара медицинскими организациями осуществляется строго в соответствии с объемами в разрезе КСГ, доведенными Министерством здравоохранения Республики Башкортостан до медицинских организаций на 2024 год.

5.3. Оплату по высокочатратным КСГ осуществлять только медицинским организациям в соответствии с приказами Минздрава РБ, согласно маршрутизации.

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

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

5.6. Неотъемлемой частью Соглашения являются:

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2025 год (Приложение № 1 к Соглашению);

Коэффициенты дифференциации для медицинских организаций Республики Башкортостан на 2025 год, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (Приложение № 2 к Соглашению);

Коэффициенты дифференциации для расчета подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях на 2025 год (Приложение № 3 к Соглашению);

Коэффициенты дифференциации с учетом половозрастных затрат на 2025 год (Приложение № 4 к Соглашению);

Коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, расходов на их содержание и оплату труда персонала на 2025 год (Приложение № 5 к Соглашению);

Стоимость одного посещения медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями на 2025 год (Приложение № 6 к Соглашению);

Стоимость одного посещения медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме на 2025 год (Приложение № 7 к Соглашению);

Стоимость одного обращения для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемых в связи с заболеваниями на 2025 год (Приложение № 8 к Соглашению);

Стоимость одного комплексного посещения при оказании медицинской помощи по профилю "медицинская реабилитация" в амбулаторных условиях на 2025 год (Приложение № 8.1 к Соглашению);

Стоимость отдельных диагностических (лабораторных) исследований, для которых установлены отдельные нормативы программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС на 2025 год (Приложение № 9 к Соглашению);

Стоимость 1 комплексного посещения при проведении диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья на 2025 год (Приложение № 10 к Соглашению).

Стоимость 1 комплексного посещения при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения на 2025 год (Приложение № 11 к Соглашению);

Стоимость 1 комплексного посещения при проведении диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации или оставшихся без попечения родителей, пребывающих в стационарных учреждениях или принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью на 2025 год (Приложение № 12 к Соглашению);

Стоимость 1 комплексного посещения при проведении профилактических медицинских осмотров определенных групп взрослого населения на 2025 год (Приложение № 13 к Соглашению);

Стоимость одного комплексного посещения диспансерного наблюдения взрослого населения с учетом диспансерного наблюдения работающих граждан и детей, проживающих в организациях социального обслуживания на 2025 год (Приложение № 14 к Соглашению);

Перечень услуг комплексного посещения диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения врачом-терапевтом (Приложение № 14.1 к Соглашению);

Перечень услуг комплексного посещения диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения врачом-кардиологом (Приложение № 14.2 к Соглашению);

Перечень услуг комплексного посещения диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения врачами-специалистами (Приложение № 14.3 к Соглашению);

Стоимость 1 комплексного посещения с профилактическими целями центрами здоровья на 2025 год (Приложение № 15 к Соглашению);

Стоимость 1 комплексного посещения при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних на 2025 год (Приложение № 16 к Соглашению);

Стоимость одного комплексного посещения в расчете на 1 пациента в части ведения школ для больных сахарным диабетом на 2025 год (Приложение № 17 к Соглашению).

Финансовый размер обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, в среднем на 2025 год (Приложение № 18 к Соглашению);

Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого населения на 2025 год (Приложение № 19 к Соглашению).

Коэффициенты дифференциации для расчета подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по профилю "Стоматология" на 2025 год (Приложение № 20 к Соглашению);

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях (Приложение № 21 к Соглашению);

Показатели результативности деятельности медицинских организаций на 2025 год (Приложение № 22 к Соглашению);

Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций на 2025 год (Приложение № 23 к Соглашению);

Базовая ставка финансового обеспечения специализированной медицинской помощи на 2025 год (Приложение № 24 к Соглашению);

Распределение КСГ заболеваний по профилям медицинской помощи и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ/КПП на 2025 год (для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях) (Приложение № 25 к Соглашению);

Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи на 2025 год (Приложение № 26 к Соглашению);

Распределение структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, по уровням оказания медицинской помощи на 2025 год (Приложение № 27 к Соглашению);

Стоимость клинико-статистических групп в условиях круглосуточного стационара с учетом поправочных коэффициентов на 2025 год (Приложение № 28 к Соглашению);

Перечень и стоимость законченных случаев по профилю высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2025 год (Приложение № 29 к Соглашению);

Распределение КСГ заболеваний по профилям медицинской помощи и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ/КПП (для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара) на 2025 год (Приложение № 30 к Соглашению);

Стоимость клинко-статистических групп в условиях дневного стационара с учетом поправочных коэффициентов на 2025 год (Приложение № 31 к Соглашению);

Тариф и структура тарифов на услуги гемодиализа и перитониального диализа на 2025 год (Приложение № 32 к Соглашению);

Коэффициенты дифференциации для расчета подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на прикрепившихся, в соответствии с зонами обслуживания лиц на 2025 год (Приложение № 33 к Соглашению);

Стоимость одного выполненного вызова бригады скорой медицинской помощи в зависимости от профиля на 2025 год (Приложение № 34 к Соглашению);

Тарифы медицинской помощи в рамках дополнительного финансового обеспечения организации медицинского страхования на территории Республики Башкортостан на 2025 год (Приложение № 35 к Соглашению);

Стоимость лабораторных и диагностических услуг при осуществлении расчетов между медицинскими организациями в сфере ОМС на 2025 год (Приложение № 36 к Соглашению);

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшение оплаты медицинской помощи) на 2025 год (Приложение № 37 к Соглашению);

5.7. Настоящее Соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению Сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме, путем заключения дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Соглашения.

Стороны принимают на себя обязательства выполнять настоящее Соглашение.

В случае возникновения споров по настоящему Соглашению Стороны принимают меры по их разрешению путем переговоров между собой.

Разъяснения по применению настоящего Соглашения дает Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан, в части нормативных документов, принятых Министерством здравоохранения Республики Башкортостан – Министерство здравоохранения Республики Башкортостан.

5.8. Настоящее Соглашение вступает в силу с 01 января 2025 года, и действует до принятия нового Тарифного соглашения.

ПОДПИСИ СТОРОН:

Министерство здравоохранения
Республики Башкортостан:
Министр здравоохранения

А.Р. Рахматуллин

Территориальный фонд
обязательного медицинского страхования
Республики Башкортостан:
Директор

Ю.А. Кофанова

Республиканская организация
Башкортостана профсоюза
работников здравоохранения
Российской Федерации:
Председатель

Р.М. Халфин

Национальная Медицинская
Палата Республики Башкортостан
Председатель

А.Р. Байтимеров

Страховые медицинские организации:

Директор Уфимского филиала
АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»

Д.Т. Фарахова

Директор Уфимского филиала ООО
«СМК РЕСО-Мед»

Р.М. Юсупова