

**ПОЛОЖЕНИЕ ОБ УСТАНОВЛЕНИИ ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, ФУНКЦИИ
И ПОЛНОМОЧИЯ УЧРЕДИТЕЛЕЙ В ОТНОШЕНИИ КОТОРЫХ
ОСУЩЕСТВЛЯЕТ ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ИЛИ ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ, В
СООТВЕТСТВИИ С ЕДИНЫМИ ТРЕБОВАНИЯМИ БАЗОВОЙ
ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

1. Настоящее Положение определяет порядок установления тарифов на оплату специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляет Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования (далее соответственно - федеральная медицинская организация, тариф на оплату медицинской помощи).

2. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются по видам медицинской помощи соответствующего профиля медицинской помощи, оказываемой федеральной медицинской организацией при заболеваниях, состояниях (группах заболеваний, состояний), перечни которых предусмотрены приложениями № 1 и 4 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от ____ декабря 202__ г. № _____ «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» (далее - Программа).

3. Тариф на оплату j-й медицинской помощи (за исключением медицинской помощи, оплачиваемой по отдельным группам заболеваний, состояний, доли заработной платы и прочих расходов в составе норматива финансовых затрат которой предусмотрены приложением № 4 к Программе, и высокотехнологичной медицинской помощи), оказываемой i-й федеральной медицинской организацией в z-х условиях (стационарных условиях или условиях дневного стационара) (T_{ijz}), определяется по формуле:

$$T_{ijz} = \text{НФЗ}_z \times \text{КБС}_z \times \text{КД}_i \times (\text{КЗ}_{jz} \times \text{КС}_{ij} + \text{КСЛП}),$$

где:

$НФЗ_z$ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в z-х условиях, оказываемой федеральными медицинскими организациями, предусмотренный приложением № 6 к Программе;

$КБС_z$ - коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в z-х условиях к базовой ставке, исключаяющей влияние применяемых коэффициентов относительной затратноёмкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации и коэффициента сложности лечения пациентов, принимающий значения 0,355 - для стационара и 0,282 - для дневного стационара;

$КД_i$ - коэффициент дифференциации, устанавливаемый:

для субъекта Российской Федерации, на территории которого расположена i-я федеральная медицинская организация, используемый при распределении субвенций, предоставляемых 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 соответствии с методикой распределения субвенций, предоставляемых 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, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 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» (для Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области – коэффициент дифференциации равен 1,0);

для территории оказания медицинской помощи (если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации);

$КЗ_{jz}$ - коэффициент относительной затратноёмкости оказания j-й медицинской помощи в z-х условиях, значение которого принимается в соответствии с приложением № 4 к Программе (далее - коэффициент

относительной затратоемкости);

$КС_{ij}$ - коэффициент специфики оказания j -й медицинской помощи i -й федеральной медицинской организацией, значение которого принимается в соответствии с пунктом 5 настоящего Положения;

$КСЛП$ - коэффициент сложности лечения пациента, значение которого принимается в соответствии с пунктом 6 настоящего Положения. При определении тарифа на оплату случая лечения с применением $КСЛП$, предусмотренного подпунктом «з» пункта 6 настоящего Положения, значение $КСЛП$ принимается равным $\frac{КСЛП}{КД_i}$.

4. Тариф на оплату j_{LT} -й медицинской помощи, оказываемой i -й федеральной медицинской организацией в z -х условиях по отдельным группам заболеваний, состояний, доли заработной платы и прочих расходов в составе норматива финансовых затрат которых установлены приложением N 4 к Программе ($T_{ij_{LTz}}$), определяется по формуле:

$$T_{ij_{LTz}} = НФЗ_z \times КБС_z \times КЗ_{j_{LTz}} \times ((1 - Д_{зп_{j_{LTz}}}) + Д_{зп_{j_{LTz}}} \times КД_i \times КС_{ij_{LT}}) + НФЗ_z \times КБС_z \times КД_i \times КСЛП,$$

где:

$КЗ_{j_{LTz}}$ - коэффициент относительной затратоемкости оказания j_{LT} -й медицинской помощи в z -х условиях, значение которого принимается в соответствии с приложением № 4 к Программе;

$Д_{зп_{j_{LTz}}}$ - доля заработной платы и прочих расходов в составе норматива финансовых затрат на оказание j_{LT} -й медицинской помощи в z -х условиях по отдельным группам заболеваний, состояний, доли заработной платы и прочих расходов в составе норматива финансовых затрат которых предусмотрены приложением № 4 к Программе, значение которой принимается в соответствии с приложением № 4 к Программе;

$КС_{ij_{LT}}$ - коэффициент специфики оказания j_{LT} -й медицинской помощи i -й федеральной медицинской организацией, значение которого принимается в соответствии с пунктом 5 настоящего Положения.

5. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи федеральными медицинскими организациями в зависимости от значения коэффициента относительной затратоемкости, территориального расположения и основного вида деятельности федеральной медицинской организации принимает следующие значения:

а) 1,3 - при значении коэффициента относительной затратоемкости, равном 2 и более для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, и 3 и более для медицинской помощи, оказанной в условиях

дневного стационара, а для медицинских организаций, подведомственных Управлению делами Президента Российской Федерации, - при значении коэффициента относительной затратоемкости, равном 1,7 и более для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, и 2,7 и более для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара;

б) 1,2 - при значении коэффициента относительной затратоемкости менее 2 и расположении федеральной медицинской организации на территории закрытого административно-территориального образования;

в) 1:

при значении коэффициента относительной затратоемкости менее 2 для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, и 3 для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, и отсутствии на территории субъекта Российской Федерации (муниципального района, городского округа, внутригородского района) иных медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь, при проведении медицинской реабилитации;

для образовательных организаций высшего образования, осуществляющих оказание медицинской помощи;

при значении коэффициента относительной затратоемкости менее 1,7 для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, и 2,7 для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара для медицинских организаций, подведомственных Управлению делами Президента Российской Федерации;

при определении тарифа на оплату медицинской помощи в стационарных условиях по следующим заболеваниям, состояниям (группам заболеваний, состояний):

группа st02.006 - послеродовой сепсис;

группа st09.004 - операции на мужских половых органах, дети (уровень 4);

группа st09.008 - операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4);

группа st09.009 - операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5);

группа st09.010 - операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6);

группа st15.009 - неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2);

группа st16.010 - операции на периферической нервной системе (уровень 2);

- группа st16.011 - операции на периферической нервной системе (уровень 3);
- группа st19.122 - посттрансплантационный период после пересадки костного мозга;
- группа st20.010 - замена речевого процессора;
- группа st21.006 - операции на органе зрения (уровень 6);
- группа st21.009 - операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ);
- группа st28.004 - операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3);
- группа st28.005 - операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4);
- группа st29.012 - операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4);
- группа st29.013 - операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5);
- группа st30.008 - операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3);
- группа st30.009 - операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4);
- группа st30.015 - операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6);
- группа st31.010 - операции на эндокринных железах, кроме гипофиза (уровень 2);
- группа st32.004 - операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4);
- группа st32.010 - операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3);
- группа st36.001 - комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина;
- группа st36.007 - установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов;
- группа st36.009 - реинфузия аутокрови;
- группа st36.010 - баллонная внутриаортальная контрпульсация;

группа st36.043 - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 16);

группа st36.044 - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 17);

группа st36.045 - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 18);

группа st36.046 - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 19);

группа st36.047 - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 20);

группа st37.004 - медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (6 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации);

группа st37.024 - продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы;

группа st37.025 - продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы;

группа st37.026 - продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы и с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (сестринский уход);

при определении тарифа на оплату медицинской помощи в условиях дневного стационара по следующим заболеваниям, состояниям (группам заболеваний, состояний):

группа ds12.012 - лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 1);

группа ds12.013 - лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 2);

группа ds12.014 - лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 3);

группа ds12.015 - лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 4);

группа ds21.007 - операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ);

г) 0,8 - для случаев, не указанных в подпунктах «а» - «в» настоящего пункта.

6. Коэффициент сложности лечения пациента в зависимости от особенностей оказания медицинской помощи принимает следующие значения:

а) при предоставлении 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), за исключением случая, указанного в подпункте «б» настоящего пункта, - 0,2;

б) при предоставлении 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;

в) при оказании медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра, за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки, - 0,2;

г) при развертывании индивидуального поста - 0,2;

д) при наличии у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации, - 0,6;

е) при проведении сочетанных хирургических вмешательств или проведении однотипных операций на парных органах в зависимости от сложности вмешательств или операций:

уровень 1 - 0,05;

уровень 2 - 0,47;

уровень 3 - 1,16;

уровень 4 - 2,07;

уровень 5 - 3,49;

ж) 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 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 реаниматология», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации) - 0,15;

з) при проведении сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями:

в стационарных условиях - 0,63;

в условиях дневного стационара - 1,20;

и) при осуществлении силами федеральной медицинской организации медицинской эвакуации для проведения лечения - 0,05;

к) при проведении тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID-19) в период госпитализации - 0,05;

л) для случаев, не указанных в подпунктах «а» - «з» настоящего пункта, - 0.

7. Тарифы на оплату медицинской помощи, определенные в соответствии с пунктами 3 и 4 настоящего Положения, при прерывании случая оказания медицинской помощи уменьшаются:

а) на 70 процентов - при длительности лечения до 3 дней;

б) на 50 процентов - при длительности лечения от 3 до 5 дней включительно;

в) на 20 процентов - при длительности лечения более 5 дней.

8. Медицинская помощь, оказываемая пациентам одновременно по 2 и более группам заболеваний, состояний, оплачивается по соответствующим тарифам на оплату медицинской помощи (с проведением Федеральным фондом обязательного медицинского страхования последующей экспертизы качества медицинской помощи) в следующих случаях:

а) возникновение (наличие) нового заболевания или состояния (заболеваний или состояний), входящего в другой класс Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-го пересмотра), и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания;

б) дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 и более дней с последующим родоразрешением;

в) проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

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

д) этапное хирургическое лечение при злокачественных

новообразованиях, не предусматривающих выписку пациента из стационара;

е) проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

ж) наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

з) проведение диализа;

и) проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

к) проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

9. Тариф на оплату j -й высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой i -й федеральной медицинской организацией ($T_{\text{ВМП}_j}$), определяется по формуле:

$$T_{\text{ВМП}_j} = \text{НФЗ}_{\text{ВМП}_j} \times ((1 - D_{\text{ЗП}_j}) + D_{\text{ЗП}_j} \times \text{КД}_i),$$

где:

$\text{НФЗ}_{\text{ВМП}_j}$ - норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления j -й высокотехнологичной медицинской помощи, значения которого принимаются в соответствии с разделом I приложения № 1 к Программе;

$D_{\text{ЗП}_j}$ - доля заработной платы в составе норматива финансовых затрат на оказание j -й высокотехнологичной медицинской помощи, значение которой принимается в соответствии с приложением № 1 к Программе.