

Приложение N 2
к Программе государственных гарантий
бесплатного оказания гражданам
медицинской помощи на 2021 год
и на плановый период 2022 и 2023 годов

**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 N 1 и 3 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 г. N 2299 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов" (далее - Программа).

3. Тариф на оплату j-й медицинской помощи (за исключением медицинской помощи при противоопухолевой лекарственной терапии злокачественных новообразований и высокотехнологичной медицинской помощи), оказываемой i-й федеральной медицинской организацией в z-х условиях (стационарные условия или условия дневного стационара) (T_{ijz}), определяется по формуле:

$$T_{ijz} = \text{НФЗ}_z \cdot \text{КБС}_z \cdot \text{КЗ}_{jz} \cdot \text{КД}_i \cdot \text{КС}_{ij}$$

где:

НФЗ_z - средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в z-х условиях, оказываемой федеральными медицинскими организациями, установленный Программой;

КБС_z - коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в z-х условиях к базовой ставке, исключающей влияние применяемых коэффициентов относительной затратноёмкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации и коэффициента сложности лечения пациентов, принимающий значение 0,41 - для стационара и 0,52 - для дневного стационара;

КЗ_{jz} - коэффициент относительной затратноёмкости оказания j-й медицинской помощи в z-х условиях, значения которого принимаются в соответствии с приложением N 3 к Программе (далее - коэффициент относительной затратноёмкости);

КД_i - коэффициент дифференциации 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. N 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 - коэффициент дифференциации);

КС_{ij} - коэффициент специфики оказания j-й медицинской помощи i-й федеральной медицинской организацией, значения которого принимаются в

соответствии с пунктом 5 настоящего Положения;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента, значения которого принимаются в соответствии с пунктом 6 настоящего Положения.

4. Тариф на оплату jLT-й медицинской помощи, оказываемой i-й федеральной медицинской организацией в z-х условиях при противоопухолевой лекарственной терапии злокачественных новообразований (T_{ijLTz}), определяется по формуле:

$$T_{ijLTz} = НФЗ_z \cdot D_{3П_{jLTz}} \cdot \left(\frac{D_{jLTz}}{D_{jLTz}} \cdot \frac{D_{jLTz}}{D_{jLTz}} \cdot \frac{D_{jLTz}}{D_{jLTz}} \cdot \frac{D_{jLTz}}{D_{jLTz}} \cdot \frac{D_{jLTz}}{D_{jLTz}} \cdot \frac{D_{jLTz}}{D_{jLTz}} \cdot \frac{D_{jLTz}}{D_{jLTz}} \cdot \frac{D_{jLTz}}{D_{jLTz}} \cdot \frac{D_{jLTz}}{D_{jLTz}} \cdot \frac{D_{jLTz}}{D_{jLTz}} \right)$$

где $D_{3П_{jLTz}}$ - доля заработной платы и прочих расходов в структуре затрат на оказание jLT-й медицинской помощи в z-х условиях при противоопухолевой лекарственной терапии злокачественных новообразований, значения которой принимаются в соответствии с [приложением N 3](#) к Программе.

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) 1,4 - при значении коэффициента относительной затратоемкости, равном 2 и более, а для медицинских организаций, подведомственных Управлению делами Президента Российской Федерации, - при значении коэффициента относительной затратоемкости, равном 1,7 и более;

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 и отсутствии на территории муниципального образования иных медицинских организаций, оказывающих указанную специализированную медицинскую помощь, при оказании медицинской реабилитации, а для образовательных организаций высшего образования, осуществляющих оказание медицинской помощи, медицинских организаций, подведомственных Управлению делами Президента Российской Федерации, - при значении коэффициента относительной затратоемкости менее 1,7;

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) 1,1 - при оказании медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет (в том числе включая консультацию врача-гериатра, за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки);

б) 1,2 - в случае необходимости выполнения при оказании медицинской помощи пациенту одного из следующих мероприятий:

предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний);

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

развертывание индивидуального поста;

в) 1,3 - при проведении сочетанных хирургических вмешательств или проведении однотипных операций на парных органах;

г) 1,8 - при проведении антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами, а также при наличии у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации, длительных сроках госпитализации, обусловленных медицинскими показаниями;

д) 1 - для случаев, не указанных в подпунктах "а" - "г" настоящего пункта.

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

а) на 70 процентов - при длительности лечения до 2 дней;

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

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 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.

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

$$T_{ВМП_{ji}} = НФЗ_{ВМП_j} \cdot \prod_{i=1}^n \frac{Д_{ЗП_j}}{Д_{ЗП_i}}$$

где:

$НФЗ_{ВМП_j}$ - норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления j -й высокотехнологичной медицинской помощи, значения которого принимаются в соответствии с разделом I приложения N 1 к Программе;

$Д_{ЗП_j}$ - доля заработной платы в структуре затрат на оказание j -й

высокотехнологичной медицинской помощи, значения которой принимаются в соответствии с [приложением N 1](#) к Программе.