ПРИЛОЖЕНИЕ 2

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

**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**

1. Настоящий порядок определяет правила оплаты специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочияучредителей в отношении которых осуществляет Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования(далее соответственно–Порядок, федеральная медицинская организация, тариф на оплату медицинской помощи).

2. Тарифы на оплату медицинской помощиустанавливаются по видам медицинской помощи соответствующего профиля медицинской помощи, оказываемой федеральной медицинской организацией при заболеваниях, состояниях (группах заболеваний, состояний), перечень которых утвержден в приложениях 1 и 3 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и плановый период 2022 и 2023 годов(далее – Программа).

3. Тариф на оплату медицинской помощи (за исключением медицинской помощи при противоопухолевой лекарственной терапии злокачественных новообразований и высокотехнологичной медицинской помощи), оказываемой федеральной медицинской организацией, определяется по формуле:

,

где:

тариф на оплату *j*-й медицинской помощи(за исключением медицинской помощи при противоопухолевой лекарственной терапии злокачественных новообразований и высокотехнологичной медицинской помощи), оказываемой *i*-ой федеральной медицинской организацией в z-х условиях (стационарных условиях или условиях дневного стационара);

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

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

– коэффициент относительной затратоемкости оказания j-й медицинской помощи в z-х условиях, значения которого принимаются в соответствии с приложением 3 к Программе (далее – коэффициент относительной затратоемкости);

– коэффициент дифференциации для субъекта Российской Федерации, на территории которого расположена *i*-ая 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» (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 Порядка;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента, значения которого принимаются в соответствии спунктом 6 настоящегоПорядка.

4. Тариф на оплату медицинской помощи, оказываемойфедеральной медицинской организацией при противоопухолевой лекарственной терапии злокачественных новообразований определяется по следующей формуле:

,

где:

– тариф на оплату *jLT*-й медицинской помощи, оказываемой *i*-ой федеральной медицинской организацией в z-х условияхпри противоопухолевой лекарственной терапии злокачественных новообразований;

– доля заработной платы и прочих расходов в структуре затрат на оказание *jLT*-й медицинской помощи в z-х условияхпри противоопухолевой лекарственной терапии злокачественных новообразований, значения которой принимаются в соответствии с приложением № 3 к Программе;

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

1) 1,4 – при значении коэффициента относительной затратоемкости равным двуми более;

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

3) 1,0 – при значении коэффициента относительной затратоемкости менее двух и отсутствии на территории муниципального образования иных медицинских организаций, оказывающих указанную специализированную медицинскую помощь, а также для образовательных организаций высшего образования, осуществляющих оказание медицинской помощи;

4) 0,8 – для случаев, не указанных в подпунктах 1-3 настоящего пункта.

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

1) 1,1 – при оказании медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет (в том числе, включая консультацию врача-гериатра)[[1]](#footnote-1);

2)  1,2 – при необходимостипри оказании медицинской помощи пациенту выполнения одного из следующих мероприятий:

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

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

в) развертывания индивидуального поста;

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

4)  1,8 – при проведении антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами; наличии у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации,длительныхсроках госпитализации, обусловленных медицинскими показаниями;

5)  1,0 – для случаев, не указанных в подпунктах 1-4 настоящего пункта.

7. Тарифы на оплату медицинской помощи, определенные в соответствии с пунктом 3 настоящего Порядка, при прерывании случая оказания медицинской помощи, уменьшаются на следующие размеры: устанавливаются в размере:

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

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

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

8. Медицинскаяпомощь, оказываемаяпациентамодновременно по двум группам заболеваний, состояний, оплачивается по тарифам на оказание двух различных видов медицинской помощи(с проведением Федеральным фондом обязательного медицинского страхования последующей экспертизы качества медицинской помощи)в следующих случаях:

1)привозникновениинового заболевания или состояния, входящего в другой класс Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания;

2) придородовойгоспитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением;

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

4) в случаеоказания медицинской помощи, связаннойс установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

5) при этапном хирургическом лечениипри злокачественных новообразованиях, не предусматривающихвыписку пациента из стационара;

6) при проведенииреинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания.

9. Тариф на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой федеральной медицинской организацией, определяется по формуле:

,

где:

размер тарифа на оплату *j*-й высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой *i*-ой федеральной медицинской организацией;

норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления *j*-й высокотехнологичной медицинской помощи, значения которого принимаются в соответствии с разделомIприложения 1 к Программе;

доля заработной платы в структуре затрат на оказание *j*-й высокотехнологичной медицинской помощи, значения которой принимаются в соответствии с приложением № 1 к Программе.

1. Кроме случаев госпитализации на геронтологические профильные койки [↑](#footnote-ref-1)