

ПОРЯДОК

применения способов оплаты высокотехнологичной медицинской помощи

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной в стационарах круглосуточного пребывания, за счёт средств обязательного медицинского страхования, осуществляется по факту завершения случая медицинской помощи (законченный случай) по тарифам в соответствии с нормативом финансовых затрат, установленных базовой программой ОМС на единицу объема предоставления медицинской помощи, с применением коэффициента дифференциации (**Приложение 29**).

Расчёт норматива финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – ТП ОМС) за счёт субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования за медицинскую помощь, осуществляется по формуле:

$$НЗ_{\text{ф}} = НЗ_{\text{птг}} * (K_{\text{диф}} * \partial + (1 - \partial)), \text{ где:}$$

$НЗ_{\text{ф}}$ – фактический норматив финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счёт субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования;

$НЗ_{\text{птг}}$ – норматив финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счёт субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, установленный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

$K_{\text{диф}}$ – коэффициент дифференциации, рассчитываемый в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 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». Значение КД на 2021 год – 1,752;

∂ – доля норматива финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счёт субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, установленного Программой государственных гарантий

бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ($H_{\text{пгг}}$), к которой применяется коэффициент дифференциации.

Тарифы по видам и методам высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках территориальной программы ОМС являются едиными для медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь за счёт средств обязательного медицинского страхования, которым решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования определены объёмы предоставления высокотехнологичной медицинской помощи и соответствующее им финансовое обеспечение.

Отнесение случая лечения к коду услуги ВМП осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10, вида лечения и метода лечения, определёнными разделом I «Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счёт субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования» приложения к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов.

Подписи сторон:

Директор
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры




А.А. Добровольский

Директор
Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры




А.П. Фучежи

Директор
филиала ООО «Капитал МС»
в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре



И.Ю. Кузнецова

Директор
Ханты-Мансийского филиала
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»




М.А. Соловей

Председатель правления Некоммерческого партнерства
«Ассоциация работников здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры»



В.А. Гильванов

Председатель
окружной организации профсоюза
работников здравоохранения РФ



О.Г. Меньшикова