Приложение 1

к Тарифному соглашению

на 2025 год

**Основные термины и определения**

1. **Медицинская организация** **–** юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном [законодательством](consultantplus://offline/ref=0BA2A8089513EC241891EFEB24BBA66276C47A3CA0991C2B51FD87D50661E8409E4A6CD0FA1DE699EDGCJ) РФ.
2. **Медицинская помощь****–** комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.
3. **Медицинская услуга** **–** медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.
4. **Пациент** **–** физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось в медицинскую организацию, независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.
5. **Заболевание** **–** возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.
6. **Основное заболевание** **–** заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти.
7. **Сопутствующее заболевание** **–** заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти.
8. **Качество медицинской помощи** **–** совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата и удовлетворенности пациента от взаимодействия с системой здравоохранения.
9. **Номенклатура медицинских услуг** **–** перечень простых, сложных и комплексных медицинских услуг, применяемых медицинскими организациями при оказании пациентам медицинской помощи.
10. **Застрахованное лицо**– физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ.
11. **Страховой случай** – совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по ОМС.
12. **Прикрепленные лица** – застрахованные лица, включенные в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц Рязанской области, обслуживаемые в конкретной медицинской организации Рязанской области по месту жительства, либо на основании заявления застрахованного лица о прикреплении к выбранной им медицинской организации.
13. **Детское население**– лица, которые на дату начала оказания медицинской помощи в медицинской организации не достигли возраста 18 лет (совершеннолетия). При оплате медицинской помощи (медицинских услуг) оказанной детям применяются тарифы для соответствующей возрастной категории.
14. **Взрослое население** **–** лица, возраст которых составляет 18 и более лет на дату начала лечения в медицинской организации. При оплате медицинской помощи (медицинских услуг) оказанной взрослым применяются тарифы для соответствующей возрастной категории.
15. **Лечение –** комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания либо состояния пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.
16. **Посещение** – это контакт пациента с врачом, средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием, по любому поводу, связанному с оказанием медицинской помощи, включающий комплекс необходимых профилактических, лечебно-диагностических услуг с последующей записью в амбулаторной карте (запись осмотра и динамического наблюдения, постановка диагноза, назначение лечения) и оформлением талона амбулаторного пациента.
17. **Обращение** – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях, включающий в себя не менее двух посещений.
18. **Вызов скорой медицинской помощи** – обращение населения по поводу несчастных случаев, внезапных заболеваний, родов, для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи вне медицинской организации, транспортировки по медицинским показаниям в стационар больных и пострадавших, а также по поводу чрезвычайных ситуаций.
19. **Условная единица трудоемкости (УЕТ)** – норматив времени (принимается равным 10 мин.), затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме, необходимого для лечения среднего кариеса (I класс по Блеку).
20. **Клинико-статистическая группа заболеваний** (далее также – КСГ, группа заболеваний, состояний) – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).
21. **Оплата медицинской помощи по КСГ**  – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратоемкости и поправочных коэффициентов.
22. **Случай госпитализации** в круглосуточный стационар (**случай лечения** в дневном стационаре) – случай диагностики и лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.
23. **Тарифы на оплату медицинской помощи по Программе ОМС** **–** уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинских организаций, определяющих размер оплаты медицинских услуг, а также стоимость законченного случая лечения в соответствии с порядками оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.
24. **Способ оплаты медицинской помощи** – установленный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС метод (принцип, способ) финансирования медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в тех или иных условиях, установленных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
25. **Базовая ставка** – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов.
26. **Коэффициент относительной затратоемкости –** устанавливаемый Программой коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).
27. **Коэффициент дифференциации** – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для субъекта Российской Федерации.
28. **Поправочные коэффициенты –** устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов.
29. **Коэффициент специфики –** устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ.
30. **Коэффициент уровня медицинской организации** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.
31. **Коэффициент подуровня медицинской организации** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций одного уровня, обусловленный объективными причинами.
32. **Коэффициент сложности лечения пациентов –** устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, применяемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.
33. **Подгруппа в составе КСГ** – группа заболеваний, выделенная в составе КСГ заболеваний с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по КСГ, с учетом правил выделения и применения подгрупп, установленных Методическими рекомендациями.
34. **Оплата медицинской помощи за услугу** – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных Методическими рекомендациями.