

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

в системе обязательного медицинского страхования граждан
в Оренбургской области на 2022 год

г. Оренбург

29 декабря 2021 г.

I. Общие положения

1. Настоящее Тарифное соглашение (далее – Соглашение, ТС) разработано и заключено в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», приказом Министерства здравоохранения РФ от 29.12.2020 г. № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации, регулирующими правоотношения по предмету настоящего Соглашения между:

Министерством здравоохранения Оренбургской области в лице вице-губернатора – заместителя председателя Правительства Оренбургской области по социальной политике – министра Савиновой Татьяны Леонидовны,

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Оренбургской области в лице директора Марковской Виктории Викторовны,

профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями) в лице председателя Оренбургской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Варавва Людмилы Борисовны,

медицинскими профессиональными некоммерческими организациями или их ассоциациями (союзами) в лице члена Оренбургского регионального отделения общероссийской общественной организации «Российская медицинская ассоциация» Гречихиной Светланы Владимировны,

страховыми медицинскими организациями, работающими в системе обязательного медицинского страхования Оренбургской области, в лице директора Оренбургского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Малой Татьяны Викторовны,

именуемыми в дальнейшем сторонами.

2. Предметом Соглашения являются позиции по оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам в Оренбургской области в рамках действующей Территориальной программы обязательного медицинского страхования.

3. Перечень сокращений и понятий, используемых в рамках Соглашения:

АП – амбулаторная помощь;

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь;

КСГ – клинико-статистическая группа;

Комиссия по ТП ОМС – комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;

МЗОО – министерство здравоохранения Оренбургской области;

МО – медицинская организация;

МО-балансодержатель – медицинская организация, в отношении которой застрахованные граждане реализовали свое право на выбор медицинской организации;

МЭК – медико-экономический контроль;

НП – неотложная помощь;

ОКС – острый коронарный синдром;

ОМС – обязательное медицинское страхование;

ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения;

ОПМП – объемы предоставления медицинской помощи;

ПЛ – прикрепленное к медицинской организации лицо – и ПН – прикрепленное население – застрахованные по обязательному медицинскому страхованию в области граждане, реализовавшие свое право на выбор медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи;

ПЦ – профилактическая цель;

СМП – скорая медицинская помощь;

СМО – страховая медицинская организация;

ТЛТ – тромболитическая терапия;

ТПГТ – территориальная программа государственных гарантий;

ТП ОМС – территориальная программа обязательного медицинского страхования;

ТС – тарифное соглашение;

ТФОМС – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования;

УЕТ – условная единица трудоемкости;

ФП/ФАП – фельдшерский пункт/фельдшерско-акушерский пункт;

ФФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;

ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение.

II. Способы оплаты медицинской помощи

4. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

4.1 При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, устанавливаются следующие способы оплаты:

– по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-

генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях за единицу объема медицинской помощи, в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

Финансовое обеспечение первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи по профилю "акушерство и гинекология" и "стоматология" осуществляется по отдельному подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

– за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

– за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии).

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели установленного объема профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

При оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывая критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (утв. Приказом МЗиСР РФ от 15.05.2012г. N 543н), используется способ оплаты по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации.

4.2 Сведения о применяемых способах оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в разрезе медицинских организаций представлены в приложении 1 к настоящему Соглашению.

4.3 Оплата амбулаторной помощи по подушевому принципу

4.3.1 Финансовое обеспечение амбулаторной помощи за исключением помощи по профилям «акушерство и гинекология» и «стоматология» (далее – амбулаторной помощи общетерапевтического профиля) осуществляется по подушевому принципу

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи общетерапевтического профиля в амбулаторных условиях включает в себя расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, за исключением:

- расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- средств на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов;

- расходов на оказание медицинской помощи в неотложной форме;

- расходов на оплату помощи по профилям «акушерство и гинекология» и «стоматология» (кроме случаев участия специалистов указанных профилей в проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации);

- расходов на оплату комплексного обследования и динамического наблюдения при оказании помощи в Центрах здоровья (в т.ч. Центрах женского здоровья);

- расходов на оплату помощи, оказываемой медицинскими организациями в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи в рамках установленных Комиссией по разработке ТП ОМС объемов представления медицинской помощи по блокам: «АПП – обращения» и «АПП-посещения», в т.ч.:

- диализа в амбулаторных условиях,

- медицинской реабилитации в амбулаторных условиях,

- консультативной помощи;

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

4.3.2 Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения амбулаторной помощи

а) Расчет среднего, базового подушевых нормативов финансирования амбулаторной помощи ($ПН_{ср}$ и $ПН_{баз}$) и коэффициента приведения среднего подушевого норматива к базовому ($K_{прив}$).

Средний подушевой норматив утверждается настоящим Соглашением и рассчитывается по формуле:

$$ПН_{ср} = (\sum Н_{ст\text{ амб } i} * Н_{об\text{ амб } i} * K_{диф\text{ суб РФ}} * Ч_3 - ОС_{МТР}) / Ч_3, \text{ где}$$

$Н_{ст\text{ амб } i}$ – федеральный норматив стоимости единицы амбулаторной помощи по целям (направлениям);

$Н_{об\text{ амб } i}$ – федеральный норматив объемов амбулаторной помощи по целям (направлениям);

$K_{диф.суб.РФ}$ – территориальный коэффициент дифференциации (повышающий), применяемый для Оренбургской области при расчете субвенций ФФОМС (равен 1,105);

$ОС_{МТР}$ – размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках межтерриториальных расчетов;

$Ч_3$ – численность застрахованных граждан, прикрепленных к медицинским организациям для получения ПСМП».

Базовый подушевой норматив утверждается настоящим Соглашением и рассчитывается по формуле:

$$ПН_{баз} = (ПН_{ср} * Ч_3 - ОС_{вне\text{ подуш}}) / Ч_3, \text{ где}$$

$ОС_{вне\text{ подуш}}$ – размер средств на оплату объемов амбулаторной помощи, выведенной из расчета подушевого финансирования амбулаторной помощи общетерапевтического профиля в соответствии с пп. 4.3.1 настоящего Соглашения;

Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования утверждается настоящим соглашением и рассчитывается по формуле:

$$K_{прив} = ПН_{баз} / ПН_{ср}$$

б) Половозрастные коэффициенты рассчитываются ТФОМС и утверждаются настоящим Соглашением не реже одного раза в год.

Половозрастные коэффициенты ($K_{Д_{пви}}$) рассчитываются для каждой половозрастной группы застрахованных лиц на основании данных о потреблении медицинской помощи и о численности застрахованных лиц за определенный расчетный период (предшествующий плановому).

Для расчета половозрастных коэффициентов все лица, застрахованные в Оренбургской области в расчетном периоде (по состоянию на первое число первого месяца расчетного периода), распределяются на половозрастные группы:

ноль – до года – М/Ж;

один – четыре года – М/Ж;

пять – семнадцать лет – М/Ж;

восемнадцать лет – шестьдесят четыре года – М/Ж;
65 лет и старше – М/Ж.

Далее на основании реестров счетов определяются затраты на оказание амбулаторной помощи за расчетный период (за исключением позиций, выведенных за рамки подушевого механизма оплаты амбулаторной помощи в соответствии с пп. 4.3.1 настоящего Соглашения) в разрезе половозрастной структуры застрахованных лиц и рассчитывается размер затрат на одно застрахованное лицо (Р) без учета возраста и пола по формуле:

$$P = Z / Ч, \text{ где}$$

З – затраты на оказание амбулаторной помощи всем застрахованным лицам за расчетный период;

Ч – численность застрахованных лиц.

По аналогичной формуле рассчитываются затраты на одно застрахованное лицо в рамках каждой половозрастной группы (P_i).

Половозрастные коэффициенты ($KД_{пви}$) рассчитываются для каждой половозрастной группы по формуле:

$$KД_{пви} = P_i / P.$$

В случае, если расчетный половозрастной коэффициент для групп мужчин и женщин 65 лет и старше составляет менее 1,6, значение коэффициента принимается равным 1,6, а значение коэффициентов других половозрастных групп снижается до достижения значения среднего по области коэффициента, равного 1.

Средневзвешенный по медицинской организации (с учетом половозрастной структуры и $KД_{пви}$) коэффициент половозрастных затрат ($СКД_{пви}$) рассчитывается по формуле:

$$СКД_{пви} = \sum (KД_{пви} * Ч_{з_{i\text{ пв}}}) / Ч_{з_{мо}}, \text{ где}$$

$Ч_{з_{i\text{ пв}}}$ – численность застрахованных i -той половозрастной группы, прикрепленных к i -той медицинской организации;

$Ч_{з_{мо}}$ – численность застрахованных, прикрепленных к i -той медицинской организации.

в) Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения амбулаторной помощи ($ПНА_i$) в рамках программы ОМС по подушевому принципу (далее – дифференцированные подушевые нормативы).

Дифференцированные подушевые нормативы используются для расчета объема финансирования амбулаторной помощи по подушевому принципу и рассчитываются для медицинских организаций (i) по формуле:

$$ПНА_i = ПН_{баз} * K_{\text{спец}} * KД_{от} * K_{\text{попр}} * KУ_{\text{мп/проф}}, \text{ где}$$

$K_{\text{спец}}$ – коэффициент специфики, учитывающий уровень медицинской организации, установленный настоящим Соглашением, и средневзвешенный по медицинской организации коэффициент половозрастных затрат ($СКД_{пви}$);

$K_{Дот}$ – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций и оплату труда персонала (учитывающий численность прикрепленного населения к медицинским организациям, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью до 50 тысяч человек), установленный настоящим Соглашением;

$K_{попр}$ – поправочный коэффициент

$K_{УМП/проф}$ – коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации);

В свою очередь, значение коэффициента специфики рассчитывается по формуле:

$$K_{спец} = СКД_{пви} * K_{дк} * K_{Умо}, \text{ где}$$

$K_{дк}$ – коэффициент, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников;

$K_{Умо}$ – коэффициент уровня медицинской организации, установленный настоящим Соглашением для групп медицинских организаций;

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации) рассчитывается по формуле:

$$K_{Умп/проф} = (ОС_{проф\ i} + \sum ОС_{ПНФ - проф}) / \sum ОС_{ПНФ - проф}, \text{ где}$$

$ОС_{проф\ i}$ – общий объем средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан (за исключением 2 этапа диспансеризации), порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами, распределенный решением комиссии по разработке ТП ОМС;

$\sum ОС_{ПНФ - проф}$ – общий объем средств на оплату медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях за исключением объема средств на проведение профилактических медицинских осмотров (диспансеризации).

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам (без учета применения коэффициента уровня оказания медицинской помощи, учитывающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации)), к общему объему средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу за исключением средств на оплату профилактических медицинских осмотров и мероприятий по диспансеризации, рассчитывается поправочный коэффициент ($K_{попр}$) по формуле:

$$K_{попр} = (ПН_{баз} * Чз) / \sum (ПНА_{i \text{ без проф}} * Чз_{мо}), \text{ где}$$

$ПНА_{i \text{ без проф}}$ – дифференцированный подушевой норматив финансового

обеспечения амбулаторной помощи без учета средств на оплату профилактических медицинских осмотров и мероприятий по диспансеризации.

Дифференцированные подушечные нормативы для медицинских организаций утверждаются настоящим Соглашением не реже одного раза в год и подлежат пересмотру в случаях изменения базового подушечного норматива или любого из коэффициентов.

4.4 Оплата по подушечному принципу помощи по профилю «акушерство и гинекология» (далее - гинекологическая помощь).

4.4.1 Финансовое обеспечение гинекологической помощи осуществляется по подушечному принципу.

Базовый (средний) подушечный норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает расходы на оказание помощи по профилю «акушерство и гинекология», в том числе наблюдение за беременными женщинами, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования за исключением расходов на:

- комплексное обследование по бесплодному браку (женщины) в медицинских организациях, которым Комиссией по разработке ТП ОМС.... С ОПМП;

- комплексное обследование репродуктивных органов у женщин в целях раннего выявления новообразований в БМДЦЖЗ "Белая роза".

4.4.2 Расчет базового (среднего) подушечного норматива, половозрастных коэффициентов дифференциации подушечного норматива (далее – половозрастные коэффициенты для гинекологической помощи, $K_{Д\text{гинеко}}$) и дифференцированных подушечных нормативов финансового обеспечения гинекологической помощи:

а) Расчет базового (среднего) подушечного норматива финансирования гинекологической помощи ($C_{\text{гин баз}}$) в рамках программы ОМС осуществляется по формуле:

$$C_{\text{гин баз}} = OC_{\text{стом}} / Ч_3, \text{ где}$$

$OC_{\text{гин}}$ – размер средств на оплату гинекологической помощи, определенный Комиссией по разработке ТП ОМС на текущий год.

б) Половозрастные коэффициенты для гинекологической помощи рассчитываются ТФОМС и утверждаются настоящим Соглашением не реже одного раза в год.

Половозрастные коэффициенты рассчитываются для каждой возрастной группы застрахованных лиц женского пола на основании данных о потреблении медицинской помощи и о численности застрахованных лиц за определенный расчетный период (предшествующий плановому).

Для расчета половозрастных коэффициентов все лица, застрахованные в Оренбургской области в расчетном периоде (по состоянию на первое число первого месяца расчетного периода), распределяются на возрастные группы:

ноль-до года - Ж;

один год-четыре года - Ж;

пять-семнадцать лет - Ж;
восемнадцать лет – шестьдесят четыре года - Ж;
65 лет и старше - Ж.

Далее на основании реестров счетов определяются затраты на оказание гинекологической помощи за расчетный период в разрезе возрастной структуры застрахованных лиц и рассчитывается размер затрат на одно застрахованное лицо (Р) без учета возраста по формуле:

$$P = Z / Ч, \text{ где}$$

З – затраты на оказание гинекологической помощи всем застрахованным лицам за расчетный период;

Ч – численность застрахованных лиц.

По аналогичной формуле рассчитываются затраты на одно застрахованное лицо в рамках каждой возрастной группы (P_i).

Половозрастные коэффициенты ($КД_{\text{гин } i}$) рассчитываются для каждой возрастной группы по формуле:

$$КД_{\text{гин } i} = P_i / P.$$

в) Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения гинекологической помощи ($ПН_{\text{гин } i}$) в рамках программы ОМС по подушевому принципу (далее – дифференцированные подушевые нормативы).

Дифференцированные подушевые нормативы используются для расчета объема финансирования гинекологической помощи по подушевому принципу и рассчитываются для каждой возрастной группы (i) по формуле:

$$ПН_{\text{гин } i} = C_{\text{гин баз}} * СКД_{\text{гин } i} * КУ_{\text{мо}}, \text{ где}$$

$КУ_{\text{мо}}$ – коэффициент уровня оказания медицинской помощи, установленный настоящим Соглашением для медицинских организаций.

Дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения гинекологической помощи утверждаются настоящим Соглашением не реже одного раза в год и подлежат пересмотру в случаях изменения базового подушевого норматива или половозрастных коэффициентов дифференциации.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование гинекологической помощи рассчитывается поправочный коэффициент ($К_{\text{попр}}$) по формуле:

$$К_{\text{попр}} = (C_{\text{гин баз}} * Ч) / \sum (ПН_{\text{гин } i} * Ч_{\text{пв мо}}), \text{ где}$$

$Ч_{\text{пв мо}}$ – численность застрахованного прикрепленного в разрезе МО и i -тых возрастных групп населения.

С учетом полученного поправочного коэффициента настоящим Соглашением для медицинских организаций утверждаются фактические дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения

гинекологической помощи.

4.5 Оплата по подушевому принципу помощи по профилю «стоматология» (далее – стоматологическая помощь)

4.5.1 Финансовое обеспечение стоматологической помощи осуществляется по подушевому принципу.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает расходы на оплату стоматологической медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования за исключением осмотров стоматолога в рамках проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, диспансеризации детей-сирот, наблюдения беременных женщин.

4.5.2 Расчет базового (среднего) подушевого норматива, половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива (далее – половозрастные коэффициенты для стоматологии, $K_{D_{\text{стом}}}$) и дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения стоматологической помощи:

а) Расчет базового (среднего) подушевого норматива финансирования стоматологической помощи ($C_{\text{стом баз}}$) в рамках программы ОМС осуществляется по формуле:

$$C_{\text{стом баз}} = OC_{\text{стом}} / Ч_3, \text{ где}$$

$OC_{\text{стом}}$ – размер средств на оплату стоматологической помощи, определенный Комиссией по разработке ТП ОМС на текущий год.

б) Половозрастные коэффициенты для стоматологии рассчитываются ТФОМС и утверждаются настоящим Соглашением не реже одного раза в год.

Половозрастные коэффициенты рассчитываются для каждой половозрастной группы застрахованных лиц на основании данных о потреблении медицинской помощи и о численности застрахованных лиц за определенный расчетный период (предшествующий плановому).

Для расчета половозрастных коэффициентов все лица, застрахованные в Оренбургской области в расчетном периоде (по состоянию на первое число первого месяца расчетного периода), распределяются на половозрастные группы:

ноль-до года – М/Ж;

один год-четыре года – М/Ж;

пять-семнадцать лет – М/Ж;

восемнадцать лет – шестьдесят четыре года – М/Ж;

65 лет и старше – М/Ж.

Далее на основании реестров счетов определяются затраты на оказание стоматологической помощи за расчетный период в разрезе половозрастной структуры застрахованных лиц и рассчитывается размер затрат на одно застрахованное лицо (P) без учета возраста и пола по формуле:

$$P = Z / Ч, \text{ где}$$

З – затраты на оказание стоматологической помощи всем застрахованным лицам за расчетный период;

Ч – численность застрахованных лиц.

По аналогичной формуле рассчитываются затраты на одно застрахованное лицо в рамках каждой половозрастной группы (P_i).

Половозрастные коэффициенты ($КД_{\text{стом}}$) рассчитываются для каждой половозрастной группы по формуле:

$$КД_{\text{стом } i} = P_i / P.$$

в) Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения стоматологической помощи ($ПН_{\text{стом } i}$) в рамках программы ОМС по подушевому принципу (далее – дифференцированные подушевые нормативы).

Дифференцированные подушевые нормативы используются для расчета объема финансирования стоматологической помощи по подушевому принципу и рассчитываются для каждой половозрастной группы (i) по формуле:

$$ПН_{\text{стом } i} = C_{\text{стом баз}} * СКД_{\text{стом } i} * КУ_{\text{мо}}, \text{ где}$$

$КУ_{\text{мо}}$ – коэффициент уровня оказания медицинской помощи, установленный настоящим Соглашением для медицинских организаций.

Дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения стоматологической помощи утверждаются настоящим Соглашением не реже одного раза в год и подлежат пересмотру в случаях изменения базового подушевого норматива или половозрастных коэффициентов дифференциации.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование стоматологической помощи рассчитывается поправочный коэффициент ($К_{\text{попр}}$) по формуле:

$$К_{\text{попр}} = (C_{\text{стом баз}} * Ч) / \sum (ПН_{\text{стом } i} * Ч_{\text{з пв мо}}), \text{ где}$$

$Ч_{\text{з пв мо}}$ – численность застрахованного прикрепленного в разрезе МО и i -тых половозрастных групп населения.

С учетом полученного поправочного коэффициента настоящим Соглашением для медицинских организаций утверждаются фактические дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения стоматологической помощи».

4.6 Порядок премирования медицинских организаций – балансодержателей

Источником финансового обеспечения премиальных выплат в рамках реализации подушевого принципа оплаты амбулаторной помощи (по общетерапевтическому профилю, профилям «стоматология», «акушерство и гинекология») является включенная в расчет базового подушевого норматива часть средств в размере 10%.

Расчет финансовых средств на премиальные выплаты МО-балансодержателям (премиальный фонд МО), как и учет их использования, осуществляется в разрезе МО-балансодержателей и профилей оказания

амбулаторной помощи.

Оценка работы амбулаторной службы МО-балансодержателей осуществляется в соответствии с Методикой, утвержденной настоящим Соглашением.

Сумма премии, оставшаяся после выплаты по результатам оценки каждой из МО-балансодержателя отчетного периода (месяца), пополняет премиальную часть следующего месяца этой же медицинской организации в периоды оценки с января по декабрь.

4.7 Методика оценки показателей результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь общетерапевтического, гинекологического и стоматологического профилей в амбулаторных условиях

Оценка медицинских организаций – балансодержателей, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, осуществляется ежемесячно (нарастающим итогом с начала года) с целью произведения выплат стимулирующего характера.

Показатели оценки результативности деятельности медицинской организации и особенности их расчета по профилям оказания медицинской помощи представлены в приложениях 2.16 – 2.18 к настоящему Соглашению.

К оценке принимаются случаи оказания медицинской помощи с учетом результатов медико-экономического контроля. Выборка объемов осуществляется с учетом результатов МЭК.

Размер выплат стимулирующего характера для общетерапевтического, гинекологического и стоматологического профилей рассчитывается с применением следующего алгоритма:

а) По каждому критерию определяется соответствующее фактическому показателю МО количество баллов в зависимости от условий расчета, предусмотренных приложениями 2.16-2.18:

- либо по соответствию какому-либо диапазону показателя;
- либо с применением следующей формулы:

$$b_{i+1} = \frac{(b_{\max} - b_{\min})}{a_N - a_{\min.}} * \Delta_i + b_i, \text{ где}$$

b_{i+1} – балл рассчитываемого показателя;

$b_{\max}$ – максимальный балл по показателю;

$b_{\min}$ – минимальный балл;

a_N – нормативное/лучший результат, достигнутый МО в расчетном периоде;

$a_{\min.}$ – наименьшее значение показателя;

Δ_i – разность i -го и $(i+1)$ показателя;

b_i – балльное значение предыдущего показателя.

б) В случае, если по одному критерию целевые показатели для взрослых и детей имеют разные значения, фактические показатели рассчитываются отдельно, а затем осуществляется расчет средневзвешенного значения с учетом доли в численности взрослого и детского населения по формуле:

$$\overline{B_{MO}} = (B_{Bz} \times K_{Bz}) + (B_{Dn} \times K_{Dn}), \text{ где}$$

B_{MO} – средневзвешенный балл оценки показателя МО;

$B_{Bz, Dn}$ – балл оценки оказания амбулаторной помощи взрослому населению или детям;

$K_{Bz, Dn}$ – доля взрослого или детского населения в структуре МО.

в) Значения всех показателей в баллах по каждой медицинской организации суммируются. Образуется итоговая фактическая сумма баллов достижения показателей результативности деятельности каждой медицинской организации (B_{MO_f}).

г) Рассчитывается процент достижения максимальной суммы баллов для каждой медицинской организации по формуле:

$$P_{max} = \frac{B_{MO_f}}{B_{MO_{max}}}, \text{ где}$$

B_{MO_f} – итоговая фактическая сумма баллов медицинской организации;

$B_{MO_{max}}$ – максимально возможная сумма баллов, рассчитанная с учетом возрастной структуры медицинской организации.

д) Распределяется сумма стимулирующих выплат по каждой медицинской организации пропорционально рассчитанному проценту достижения максимальной суммы баллов.

4.8 Финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов

Сведения о перечне медицинских организаций, имеющих в структуре фельдшерские/фельдшерско-акушерские пункты (ФП/ФАП), представлены в приложении 1 к настоящему Соглашению.

Финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным нормативным правовым актом Минздрава России, осуществляется с учетом установленного настоящим Соглашением размера обеспечения на год, дифференцированного по группам ФП/ФАП в зависимости от численности обслуживаемого населения.

Для ФП/ФАП, не соответствующих требованиям, установленным нормативным правовым актом Минздрава России, настоящим Соглашением установлены коэффициент специфики к размеру обеспечения ФП/ФАП.

Для ФП/ФАП, обслуживающих менее 100 жителей, размер финансового норматива обеспечения ФАП на 2022 год утверждается с применением понижающего поправочного коэффициента к размеру финансового обеспечения ФАП с численностью от 100 до 900 жителей. Для ФП/ФАП, обслуживающих более 2000 жителей, размер финансового обеспечения не утверждается.

Финансовый размер обеспечения ФП/ФАП утверждается на год Комиссией по разработке ТП ОМС.

4.9 Особенности применения амбулаторных тарифов, утвержденных настоящим Соглашением

4.9.1 Тариф «Обращение по заболеванию» (метод оплаты 1) применяется при кратности посещений в обращении 2 и более.

4.9.2 Тарифы «Медицинская реабилитация (с применением роботизированной техники)» и «Медицинская реабилитация (без применения роботизированной техники)» применяются при оказании амбулаторной помощи при лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы, последствий ОНМК и включают в себя следующий объем помощи:

а) осмотры врачами:

терапевтом (неврологом, травматологом-ортопедом)	– не менее 3 раз;
физиотерапевтом	– не менее 2 раз;
по лечебной физкультуре	– не менее 2 раз;

б) исследования, проводимые врачами:

функциональной диагностики	– не менее 2 раз;
ультразвуковой диагностики	– по показаниям;
клинической лабораторной диагностики	– не менее 1 раза;
рентгенологом (по медицинским показаниям)	– не менее 1 раза;

в) медицинские услуги, оказываемые медицинским персоналом:

фельдшером-лаборантом (лаборантом)	– не менее 2 раз
рентгенолаборантом (по медицинским показаниям)	– не менее 1 раза;
рефлексотерапевтом (мануальной терапии) (по медицинским показаниям)	– в среднем 10 процедур на 1 пациента;
медицинской сестрой по физиотерапии	– в среднем 20 процедур на 1 пациента;
медицинской сестрой по массажу	– в среднем 10 процедур на 1 пациента;
инструктором-методистом по лечебной физкультуре*	– в среднем 20 процедур на 1 пациента.

* для тарифа «Медицинская реабилитация (без применения роботизированной техники)» – в среднем 10 процедур на 1 пациента.

4.9.3 Тариф «Медицинская реабилитация пациентов, перенесших COVID-19, с применением телемедицинских технологий» используется при оказании помощи в соответствии с Распоряжением министерства здравоохранения № 1406 от 25.06.2021 г. «О пилотном проекте по организации медицинской

помощи пациентам, перенесшим новую коронавирусную инфекцию по профилю «медицинская реабилитация», с применением телемедицинских технологий».

4.9.4 Тариф «Посещение с консультативной целью» применяется в ГАУЗ «ООКБ», ГАУЗ «ООКБ №2», ГАУЗ «ОДКБ», ГБУЗ «ООКОД», ГАУЗ «ГБ № 5» г. Орск, ГБУЗ «ББСМП» при проведении и указании в реестре счетов (наряду с приемом врача-специалиста) как минимум одного параклинического исследования (за исключением диагностических исследований, проводимых амбулаторно и выведенных из подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи) и/или консультации врача другой специальности.

4.9.5 Тариф «Гематология (диагностика гемобластозов)» применяется для возмещения медицинским организациям, имеющим лицензию по профилю «Гематология», затрат на современные методы диагностики злокачественных новообразований лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, в том числе по кодам МКБ-10: С81-С96, включающие:

- исследование уровня парапротеинов в крови;
- исследование уровня парапротеинов в моче;
- цитогенетическое исследование костного мозга;
- иммунофенотипирование периферической крови при новообразованиях;
- определение посттрансплантационного химеризма.

4.9.6 Тариф ежегодных профилактических осмотров несовершеннолетних и диспансеризации детей-сирот включает в себя профилактический прием врача-стоматолога в декретированные сроки, предусмотренные соответствующими порядками Министерства здравоохранения РФ.

4.9.7 Тариф законченного случая наблюдения женщин в период беременности включает в себя осмотры врачами: акушером-гинекологом (в среднем 12, но не менее 5 раз), терапевтом (не менее 2 раз), офтальмологом (не менее 1 раза), стоматологом (не менее 1 раза).

Оплата законченного случая производится поэтапно (ежемесячно) в размере:

- тарифа первого этапа;
- одной шестой от утвержденного тарифа на последующие этапы.

Общее количество этапов для целей оплаты не должно превышать семи.

4.9.8 Оказание неотложной помощи в приемном отделении медицинской организации, в которую пациент был впоследствии госпитализирован, не подлежит оплате.

4.9.9 Оплата медицинских услуг Центров здоровья при первичном обращении граждан производится по тарифу законченного случая «Комплексное обследование в Центре здоровья», которое включает в себя полный комплекс диагностических услуг, предусмотренный соответствующими нормативными документами, и посещение врача, не более одного раза в год на 1 застрахованного.

Оплата посещений в Центры здоровья с целью динамического наблюдения осуществляется по тарифу законченного случая «Динамическое наблюдение в Центре здоровья» в объеме не более двух случаев на каждого застрахованного в год и только после прохождения им ранее комплексного обследования.

4.9.10 Тариф «Комплексное обследование репродуктивных органов у женщин в целях раннего выявления новообразований» применяется при оказании амбулаторной помощи в благотворительном медицинском диагностическом центре женского здоровья «Белая роза» в объеме, предусмотренном соответствующими нормативными документами, не более одного раза в год.

4.9.11 Тариф «Катамнестическое наблюдение за детьми с перинатальной патологией» применяется для оплаты помощи, оказываемой кабинетами катамнеза, с учетом категории сложности пациентов и кратности наблюдений, предусмотренных распоряжением Министерства здравоохранения Оренбургской области от 05.12.2018 г. № 2685 «Об открытии кабинетов катамнеза для детей, перенесших перинатальную патологию и потребовавших проведения реанимации, интенсивной терапии или хирургического вмешательства в неонатальном периоде».

4.9.12 Тариф «Обследование в мобильном урологическом комплексе с целью выявления ЗНО у мужчин» применяется при оказании помощи в соответствии с распоряжением Министерства здравоохранения Оренбургской области от 03.10.2018 г. № 2166.

4.9.13 Оплата диагностических исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), проводимых пациентам, получающим амбулаторное лечение, осуществляется медицинским организациям, которым Комиссией по разработке ТП ОМС утвержден план на проведение этих исследований, при наличии направлений лечащего врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, по тарифам, утвержденным настоящим Соглашением.

4.9.14 Оплата компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии в случае проведения исследования двух и более анатомических областей/органов осуществляется по тарифу, включающему в себя стоимость всех проведенных исследований и, при наличии показаний, анестезиологического пособия. При этом только для одного из этих случаев может применяться тариф, учитывающий применение контрастного вещества или использование анестезиологического пособия.

4.9.15 Оплата маммографии, жидкостной цитологии и исследования кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (количественно) в рамках проведения диспансеризации определенных групп населения (приказ МЗ РФ от 27.04.2021 г. № 404н) в случае, когда эти диагностические исследования выполняются медицинской организацией не по месту проведения диспансеризации, оплачиваются СМО (при оплате реестров счетов в рамках межтерриториальных расчетов – ТФОМС) медицинской организации, выполнившей исследования, за счет медицинской организации, проводившей

диспансеризацию (при наличии от нее направления), по тарифам, утвержденным настоящим Соглашением.

4.9.16 Поправочный (повышающий) коэффициент к тарифам на проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (за исключением 2 этапа), установленный настоящим Соглашением, применяется при их проведении:

– мобильными медицинскими бригадами – при условии, если мобильная бригада сформирована и оснащена в соответствии с Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 г. №543н (приложения №№ 8 и 25);

– в выходные/праздничные дни (в соответствии с производственным календарем на 2022 год) – при условии, если профилактический медицинский осмотр или диспансеризация проведены в течение выходных дней в полном объеме.

4.9.17 Установленный настоящим Соглашением тариф за законченный случай по поводу заболевания или с профилактической целью по клинικο-статистическим группам при оказании стоматологической помощи применяется для целей формирования реестров счетов и для расчетов за оказанную стоматологическую помощь не по месту прикрепления (по направлению или в иных случаях, предусмотренных Регламентом оплаты медицинской помощи в системе ОМС).

Оплата незаконченных случаев оказания стоматологической медицинской помощи, которыми являются случаи оказания неотложной помощи (одно посещение, при котором проводятся мероприятия, направленные на снятие острой боли и острых воспалительных явлений, оказание первой помощи при травмах), а также плановой стоматологической помощи, прерванной по причинам, не зависящим от МО-балансодержателя, осуществляется с применением понижающего коэффициента к тарифу КСГ.

Номер КСГ	Наименование КСГ	Доля оплаты
d005	Заболевания твердых тканей зуба, требующие эндодонтического лечения с последующим восстановлением у детей 1 корневого зуба	0,45
d006	Заболевания твердых тканей зуба, требующие эндодонтического лечения с последующим восстановлением у детей 2 корневого зуба	0,45
d007	Заболевания твердых тканей зуба, требующие эндодонтического лечения с последующим восстановлением у детей 3 и более корневого зуба	0,45
d010	Заболевания слизистой оболочки полости рта, губ, языка, требующие медикаментозного лечения у детей	0,4
t002	Заболевания твердых тканей зуба, требующие	0,45

	эндодонтического лечения с последующим восстановлением 1 корневого зуба	
t003	Заболевания твердых тканей зуба, требующие эндодонтического лечения с последующим восстановлением 2 корневого зуба	0,45
t004	Заболевания твердых тканей зуба, требующие эндодонтического лечения с последующим восстановлением 3 и более корневого зуба	0,45
t010	Заболевания слизистой оболочки полости рта, губ и языка, требующие лечения	0,4
h001	Заболевания, требующие консервативного лечения (долечивания) в амбулаторных условиях и/или направления в стационар	0,7
h004	Заболевания, требующие сложного удаления зуба (сверхкомплектного, ретенированного, дистопированного), хирургические способы лечения хр. периодонтита	0,7
h008	Осложнения и заболевания воспалительного характера, требующие вскрытия очага и последующих перевязок	0,7
h009	Заболевания и состояния, требующие малых хирургических вмешательств	0,7

4.9.18 Оплата заместительной почечной терапии методом гемодиализа в амбулаторных условиях осуществляется за законченный случай, которым является один календарный месяц (или период(ы) в рамках календарного месяца) по тарифу, рассчитанному с учетом количества сеансов за период лечения, и утвержденных Соглашением стоимости сеанса и средней стоимости (тарифа) транспортировки пациента к месту проведения диализа и обратно. Применение двух тарифов (за сеанс и транспортировку) одновременно является обязательным условием предъявления на оплату услуг гемодиализа.

5. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

5.1 При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), устанавливаются следующие способы оплаты:

для специализированной медицинской помощи:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний;

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания

медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которых медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме, по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, установленных настоящим Соглашением;

для высокотехнологичной медицинской помощи – по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов ВМП.

Кроме того, в сочетании с оплатой по тарифу КСГ или ВМП могут применяться тарифы за услуги при проведении заместительной почечной терапии.

Оплата случаев госпитализации с проведением заместительной почечной терапии методом перитонеального диализа или гемодиализа осуществляется за законченный случай, включающий в себя госпитализацию, и все дни обмена перитонеального диализа или сеансы гемодиализа, проведенные за ее период, по тарифу, который определяется суммированием тарифа КСГ или ВМП и стоимости дней обмена/сеансов с учетом их кратности и утвержденной настоящим Соглашением стоимости.

5.2 Сведения о применяемых способах оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в разрезе медицинских организаций представлены в приложении 1 к настоящему Соглашению.

5.3 Настоящим соглашением устанавливаются порядок оплаты прерванных случаев оказания стационарной медицинской помощи с использованием следующих понижающих коэффициентов:

КСГ	Доля оплаты	
	Прерван в срок до 3-х дней вкл.	Прерван в срок более 3-х дней
Случаи госпитализации, не предполагающие хирургическое лечение (вмешательство) или тромболитическую терапию	0,4	0,8
Случаи госпитализации с проведением хирургического лечения (вмешательства) или тромболитической терапии	0,8	0,90

При оплате прерванных случаев лечения замена хирургической клинико-статистической группы на терапевтическую (с большим тарифом) не осуществляется.

Законченные случаи оказания медицинской помощи с выпиской пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения) по группам КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, перечень которых установлен настоящим Соглашением, оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

При проведении лекарственной терапии в случае, если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется с применением коэффициентов, предусмотренных для оплаты терапевтических КСГ.

При переводе пациента на 4-й день госпитализации и позже из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной) и в другую медицинскую организацию, в случае, если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев.

Если перевод производится в пределах круглосуточного стационара одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшей стоимостью.

5.4 Оплата одного случая госпитализации по двум КСГ возможна также в следующих случаях:

а) st01.001 «Беременность без патологии, родовая госпитализация в отделение сестринского ухода» или st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» в сочетании с КСГ st02.003 «Родоразрешение», а также st01.001 «Беременность без патологии, родовая госпитализация в отделение сестринского ухода» или st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» в сочетании с КСГ st02.004 «Кесарево сечение» в случаях, если родовая госпитализации пациентки в отделение патологии беременности или сестринского ухода продолжительностью составила не менее 6 дней.

При этом оплата по КСГ st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

O14.1 Тяжелая преэклампсия

О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери

О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери

О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери

О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

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

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

г) Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара.

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

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

ж) Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

Выставление случая только по КСГ st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)» без основной КСГ не допускается.

При этом если один из двух случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

5.5 Оплата стационарной помощи по тарифам КСГ №№ st37.001-st37.023 (медицинская реабилитация) производится только медицинским организациям, имеющим соответствующую лицензию, для которых Комиссией по ТП ОМС установлен объем предоставления медицинской помощи по позиции «Медицинская реабилитация».

Для осуществления медицинской реабилитации в стационарных условиях направляются пациенты со значительными нарушениями функций, при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), нуждающиеся в посторонней помощи для осуществления обслуживания, перемещения и общения, требующие круглосуточного медицинского наблюдения, применения интенсивных методов лечения и реабилитации, т.е. при оценке состояния пациентов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) 3-6.

Медицинская реабилитация детей в круглосуточном стационаре осуществляется при средней и тяжелой степени тяжести заболеваний, предусмотренных указанными КСГ.

5.6 Тарифы по КСГ st36.001 «Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина» и st36.017- st36.019 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1-3)» не применяются при диагнозах: D69.3 «Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура» и M08.2 «Юношеский ревматоидный артрит с системным началом» соответственно.

5.7 В стоимость КСГ st02.003 «Родоразрешение» и st02.004 «Кесарево сечение» включены расходы на пребывание новорожденного в медицинской организации, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по КСГ по профилю «Неонатология».

5.8 Учитывая, что при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей в ряде случаев длительность госпитализации может значительно превышать 30 дней, случаи могут подаваться на оплату ежемесячно, начиная с 30 дней с даты госпитализации. Для каждого случая, предъявляемого к оплате, отнесение к КСГ осуществляется на основании критериев за период, для которого формируется счет (с учетом кода по МКБ-10, кода длительности госпитализации в пределах 30 дней и кода МНН основного лекарственного препарата).

6. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

6.1 При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, применяются способы оплаты:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний;

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которых медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме, по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, установленных настоящим Соглашением.

Оплата заместительной почечной терапии методом гемодиализа в рамках госпитализации в дневной стационар не осуществляется. В случае

необходимости обеспечения гемодиализа пациентам, находящимся на лечении в дневном стационаре (по любому из профилей), оплата ее осуществляется в рамках синхронного оказания амбулаторно-поликлинической помощи либо медицинской организацией по месту госпитализации пациента (многопрофильные МО, имеющие в структуре отделения гемодиализа).

Оплата заместительной почечной терапии методом перитонеального диализа в условиях дневного стационара осуществляется за законченный случай, которым является один календарный месяц (или период(ы) в рамках календарного месяца) по тарифу, рассчитанному с учетом количества суток обменов за период лечения утвержденной Соглашением стоимости суток обмена, и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание.

6.2 Сведения о применяемых способах оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в разрезе медицинских организаций представлены в приложении 1 к настоящему Соглашению.

6.3 Настоящим Соглашением устанавливаются порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара с использованием следующих понижающих коэффициентов:

КСГ	Доля оплаты	
	Прерван в срок до 3 дней вкл.	Прерван в срок более 3 дней
терапевтические КСГ	0,4	0,8
хирургические КСГ (т.е. классификационным критерием отнесения к КСГ является вид оперативного вмешательства)	0,8	0,9

При оплате прерванных случаев лечения замена хирургической клинико-статистической группы на терапевтическую (с большим тарифом) не осуществляется.

Законченные случаи оказания медицинской помощи с выпиской пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения) по группам КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, перечень которых установлен настоящим Соглашением, оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

При проведении лекарственной терапии в случае, если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется с применением коэффициентов, предусмотренных для оплаты терапевтических КСГ.

6.4 Оплата помощи в дневном стационаре по тарифам КСГ ds37.001-

ds37.016 (медицинская реабилитация) производится только медицинским организациям, имеющим соответствующую лицензию, для которых Комиссией по ТП ОМС установлен объем предоставления медицинской помощи по позиции «Медицинская реабилитация».

6.5 В рамках направления для проведения процедуры ЭКО возможно проведение не более одного переноса эмбрионов в полость матки (подсадок). Для проведения второго и последующего переносов ранее криоконсервированных эмбрионов необходимо новое направление врачебной комиссии по отбору пациентов для проведения ЭКО.

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не предусмотрено.

6.6 Оплата помощи по КСГ ds02.007 «Аборт медикаментозный» осуществляется в случае назначения лекарственного препарата для прерывания беременности по решению врачебной комиссии.

6.7 Тарифы по КСГ ds36.001 «Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина» и ds36.008- ds36.010 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1-3)» не применяются при диагнозах: D69.3 «Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура» и M08.2 «Юношеский ревматоидный артрит с системным началом» соответственно.

6.8 Учитывая, что при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей в ряде случаев длительность госпитализации может значительно превышать 30 дней, случаи могут подаваться на оплату ежемесячно, начиная с 30 дней с даты госпитализации. Для каждого случая, предъявляемого к оплате, отнесение к КСГ осуществляется на основании критериев за период, для которого формируется счет (с учетом кода по МКБ-10, кода длительности госпитализации в пределах 30 дней и кода МНН основного лекарственного препарата).

7. Способ оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

7.1 При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), устанавливается способ оплаты по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи, в том числе:

- по подушевому нормативу финансирования на численность застрахованного населения, проживающего в зоне ответственности медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь;

- за вызов по тарифу, утвержденному настоящим Соглашением, при проведении межтерриториальных расчетов и для межучрежденческих расчетов в рамках подушевого финансирования СМП;

- за вызов по тарифу, утвержденному настоящим Соглашением, при оказании скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии в зависимости от схемы проведения ТЛТ в соответствии с

распоряжением Министерства здравоохранения Оренбургской области;

– за вызов по тарифу, утвержденному настоящими Соглашением, при оказании скорой специализированной, включая медицинскую эвакуацию, медицинской помощи, оказываемой отделениями экстренной консультативной помощи.

7.2 Сведения о перечне медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, и способах оплаты представлены в приложении 1 к настоящему Соглашению.

7.3 Порядок оплаты скорой медицинской помощи по подушевому принципу.

7.3.1 Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи по подушевому принципу.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорой (специализированной) медицинской помощи, оказываемой в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

– расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии;

– расходов на оплату вызовов скорой специализированной, включая медицинскую эвакуацию, медицинской помощи, оказываемой отделениями экстренной консультативной помощи;

– расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

7.3.2 Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения скорой медицинской помощи:

а) Расчет среднего, базового подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи ($C_{\text{ср}}$ и $C_{\text{баз}}$) и коэффициента приведения среднего подушевого норматива к базовому ($K_{\text{прив}}$).

Средний подушевой норматив финансирования утверждается Соглашением не реже одного раза в год и рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{ср}} = (N_{\text{стсмп}} * N_{\text{обсмп}} * K_{\text{диф суб РФ}} * Ч_3 - O_{\text{СМТР}}) / Ч_3, \text{ где}$$

$N_{\text{стсмп}}$ – федеральный норматив стоимости единицы скорой медицинской помощи;

$N_{\text{обсмп}}$ – федеральный норматив объемов скорой медицинской помощи;

$K_{\text{диф суб РФ}}$ – территориальный коэффициент дифференциации (повышающий), применяемый для Оренбургской области при расчете субвенций ФФОМС;

$Ч_3$ – численность застрахованного по ОМС населения субъекта, учтенного при расчете территориальной программы ОМС на 2022 год;

ОС_{МТР} – размер средств на оплату СМП, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта, где выдан полис ОМС.

Базовый подушевой норматив финансирования утверждается настоящим Соглашением и рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{баз}} = (C_{\text{ср}} * Ч_3 - \text{ОС}_{\text{выз}}) / Ч_3, \text{ где}$$

ОС_{выз} - размер средств, направляемых на оплату СМП за вызов.

Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования утверждается настоящим соглашением и рассчитывается по формуле:

$$K_{\text{прив}} = C_{\text{баз}} / C_{\text{ср}}$$

б) Коэффициенты специфики (КС_{смп}) оказания медицинской помощи ввиду отсутствия необходимости учитывать иные коэффициенты, предусмотренные Методическими рекомендациями, принимают значение средневзвешенных по медицинской организации коэффициентов половозрастных затрат СКД_{пви} (с учетом половозрастной структуры и половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива (КД_{пви})).

Половозрастные коэффициенты СМП рассчитываются ТФОМС и утверждаются настоящим Соглашением не реже одного раза в год.

Половозрастные коэффициенты СМП рассчитываются для каждой половозрастной группы застрахованных лиц на основании данных о потреблении медицинской помощи за расчетный период не менее квартала (далее – расчетный период) и о численности застрахованных лиц за данный период.

Для расчета половозрастных коэффициентов СМП все лица, застрахованные в Оренбургской области в расчетном периоде (по состоянию на первое число первого месяца расчетного периода), распределяются на половозрастные группы:

ноль-до года – М/Ж;

один год-четыре года – М/Ж;

пять-семнадцать лет – М/Ж;

восемнадцать-шестьдесят четыре года – М/Ж;

шестьдесят пять лет и старше – М/Ж.

Далее на основании реестров счетов определяются затраты на оказание скорой медицинской помощи за расчетный период в разрезе половозрастной структуры застрахованных лиц и рассчитывается размер затрат на одно застрахованное лицо (Р) без учета возраста и пола по формуле:

$$P = B * T / Ч, \text{ где}$$

В – фактическое количество вызовов СМП за расчетный период;

Т – тариф, установленный за вызов СМП и действующий в расчетном периоде;

Ч – численность застрахованных лиц.

По аналогичной формуле рассчитываются затраты на одно застрахованное лицо в рамках каждой половозрастной группы (P_i).

Половозрастные коэффициенты СМП ($K_{Д_{СМП\ i}}$) рассчитываются для каждой половозрастной группы по формуле:

$$K_{Д_{СМП\ i}} = P_i / P.$$

Средневзвешенный по медицинской организации (с учетом половозрастной структуры и $K_{Д_{ПВ\ i}}$) коэффициент половозрастных затрат ($СКД_{ПВ\ i}$) рассчитывается по формуле:

$$СКД_{ПВ\ i} = \sum (K_{Д_{ПВ\ i}} * Ч_{i\ ПВ}) / Ч_{МО}, \text{ где}$$

$Ч_{i\ ПВ}$ – численность застрахованных i -той половозрастной группы, обслуживаемых i -той медицинской организацией;

$Ч_{МО}$ – численность застрахованных, обслуживаемых i -той медицинской организацией.

в) Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения скорой медицинской помощи ($ПН_{СМП\ i}$) в рамках программы ОМС по подушевому принципу (далее – дифференцированные подушевые нормативы СМП).

Дифференцированные подушевые нормативы СМП используются для расчета объема финансирования скорой медицинской помощи по подушевому принципу и рассчитываются для медицинских организаций (i) по формуле (с учетом, что $СКД_{ПВ\ i} = КС_{СМП}$):

$$ПН_{СМП\ i} = C_{баз\ ССМП} * КС_{СМП}$$

Дифференцированные подушевые нормативы СМП утверждаются настоящим Соглашением не реже одного раза в год и подлежат пересмотру в случаях изменения базового подушевого норматива или половозрастных коэффициентов дифференциации СМП.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент ($К_{попр}$) по формуле:

$$К_{попр} = (C_{баз} * ЧЗ) / \sum (ПН_{СМП\ i} * Ч_{З_{МО}}), \text{ где}$$

$ЧЗ$ – численность застрахованного обслуживаемого населения.

С учетом полученного поправочного коэффициента настоящим Соглашением для медицинских организаций утверждаются фактические дифференцированные подушевые нормативы.

III. Размер, структура тарифов на оплату медицинской помощи

Настоящим соглашением устанавливаются

8. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

8.1 Средний подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи в размере 5 825,06 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 5 271,55 рублей) и базовый подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи (за исключением помощи по профилям «акушерство и гинекология», «стоматология») в размере 1 954,08 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 1 768,40 рублей);

8.2 Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования - 0,33546;

8.3 Половозрастные коэффициенты дифференциации ($СКД_{пви}$) и коэффициенты уровня медицинских организаций ($КУ_{мо}$), используемые для расчета коэффициентов специфики; коэффициенты на прикрепившихся лиц с учетом расходов на содержание медицинской организации и оплату труда персонала, устанавливаемого для медицинских организаций и их подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек ($КД_{от}$) в соответствии с приложением 2.1 к настоящему Соглашению.

8.4 Подушевые нормативы финансового обеспечения амбулаторной помощи (за исключением помощи по профилям «акушерство и гинекология», «стоматология») на 2022 год для МО-балансодержателей с учетом поправочного коэффициента, коэффициентов специфики и коэффициентов, предусмотренных приложением 2.1 настоящего Соглашения, в соответствии с приложением 2.2 к настоящему Соглашению.

8.5 Базовый (средний) подушевой норматив финансирования гинекологической помощи на 2022 год в размере 593,33 рубля на 1-го человека в год (без учета коэффициента дифференциации – 536,95 рубля).

8.6 Значения коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансового обеспечения гинекологической помощи на 2022 год в соответствии с приложением 2.3 к настоящему Соглашению:

- половозрастные коэффициенты дифференциации ($КД_{стом i}$);
- коэффициенты уровня оказания медицинской помощи ($КУ_{мо}$).

8.7 Коэффициенты дифференциации подушевого норматива и подушевые нормативы финансового обеспечения гинекологической помощи на 2022 год для МО-балансодержателей в соответствии с приложением 2.4 к настоящему Соглашению.

8.8 Базовый (средний) подушевой норматив финансирования стоматологической помощи на 2022 год в размере 555,96 рубля на 1-го человека в год (без учета коэффициента дифференциации – 503,13 рубля).

8.9 Значения коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансового обеспечения стоматологической помощи на 2022 год в соответствии с приложением 2.5 к настоящему Соглашению:

- половозрастные коэффициенты дифференциации ($КД_{стом i}$);
- коэффициенты уровня оказания медицинской помощи ($КУ_{мо}$).

8.10 Коэффициенты дифференциации подушевого норматива и подушевые нормативы финансового обеспечения стоматологической помощи на 2022 год для МО-балансодержателей в соответствии с приложением 2.6 к настоящему Соглашению.

8.11 Размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания:

на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров – 2 227,6 рубля,

на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний, – 2 754,2 рубля, в том числе для проведения углубленной диспансеризации – 1 124,3 рубля,

на 1 посещение с иными целями – 363,5 рубля;

в неотложной форме – 788,6 рубля;

на 1 обращение по поводу заболевания – 1 808,6 рубля, включая нормативы финансовых затрат на проведение одного исследования:

компьютерной томографии – 1 495,1 рубля;

магнитно-резонансной томографии – 2 559,1 рубля;

ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 687,3 рубля;

эндоскопического диагностического исследования – 1 508,4 рубля;

молекулярно-биологические исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – 9 032,5 рубля;

патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 1 252,9 рубля;

тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 663,6 рубля;

8.12 Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (посещений, обращений (законченных случаев), профилактических мероприятий в соответствии с приложением 2.7 к настоящему соглашению.

8.13 Таблица соответствия врачебных специальностей перечню специалистов, применяемому для оплаты амбулаторной помощи в 2022 году, в соответствии с приложением 2.8 к настоящему Соглашению.

8.14 Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, диспансеризации детей-сирот, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп населения, а также поправочные (повышающие) коэффициенты, применяемые к тарифам в случае проведения указанных мероприятий мобильными медицинскими бригадами или в выходные дни, в соответствии с приложением 2.9 к настоящему Соглашению.

Условия применения поправочных (повышающих) коэффициентов установлены пп.4.9.16 настоящего Соглашения.

8.15 Тарифы на исследования и медицинские вмешательства,

выполняемые в рамках проведения углубленной диспансеризации в соответствии с приложением 2.10 к настоящему Соглашению.

8.16 Тарифы на оказание первичной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях на основе клинико-статистических групп в соответствии с приложением 2.11 к настоящему Соглашению.

Для стоматологической помощи, оказываемой средним медицинским персоналом (зубными врачами), к тарифу КСГ применяется управленческий коэффициент, учитывающий уровень расходов на заработную плату, равный 0,75.

8.17 Финансовые нормативы обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов на 2022 год в зависимости от численности обслуживаемого населения и коэффициенты дифференциации финансового размера обеспечения для фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, не соответствующих требованиям, установленным нормативным правовым актом Минздрава России, в соответствии с приложением 2.12 к настоящему Соглашению.

8.18 Перечень фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого населения, и размер их финансового обеспечения в соответствии с приложением 2.13 к настоящему Соглашению.

8.19 Тарифы диагностических исследований, проводимых амбулаторно и выведенных из подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи в соответствии с приложением 2.14 к настоящему Соглашению.

8.20 Тарифы на диагностические исследования (маммографию, жидкостную цитологию, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (количественно)), выполняемые в рамках проведения диспансеризации определенных групп населения не по месту проведения диспансеризации для осуществления страховыми медицинскими организациями расчетов между медицинскими организациями в соответствии с приложением 2.15 к настоящему Соглашению.

8.21 Показатели оценки результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь общетерапевтического профиля в амбулаторных условиях в соответствии с приложением 2.16 к настоящему Соглашению;

8.22 Показатели оценки результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» в амбулаторных условиях в соответствии с приложением 2.17 к настоящему Соглашению;

8.23 Показатели оценки результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «стоматология» в амбулаторных условиях в соответствии с приложением 2.18 к настоящему Соглашению.

9. В части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях:

9.1 Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТП ОМС Оренбургской области, в расчете на одно застрахованное лицо,

определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в сумме 6 408,71 рубля.

9.2 Средний норматив финансовых затрат на 1 госпитализацию в стационарных условиях – 41 234,20 рублей (без учета коэффициента дифференциации – 37 316,02 рубля).

Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях к базовой ставке – 0,6500.

Базовая ставка, рассчитанная в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, в размере 26 802,23 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 24 255,41 рубля), которая является исходным показателем для расчета тарифов на основе клинко-статистических групп болезней.

Базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи может подлежать корректировке в случае отклонения в отчетном периоде фактической средней стоимости госпитализации от плановой в зависимости от структуры, оказываемой стационарной медицинской помощи (по КСГ).

В случае изменения базовой ставки в меньшую сторону, ее применение для расчета тарифов может осуществляться только на последующие периоды.

9.3 Перечень клинко-статистических групп заболеваний, коэффициенты их относительной затрatoesкости и тарифы за законченный случай лечения в условиях стационара на основе клинко-статистических групп болезней (за исключением КСГ, для которых коэффициент дифференциации и поправочные коэффициенты применяются к доле заработной платы) в соответствии с приложением 3.1 к настоящему Соглашению.

9.4 Перечень клинко-статистических групп заболеваний, коэффициенты относительной затрatoesкости, доля заработной платы для применения коэффициента дифференциации, коэффициентов уровня и тарифы за законченный случай лечения в условиях стационара на основе клинко-статистических групп болезней для которых коэффициент дифференциации и поправочные коэффициенты применяются к доле заработной платы в соответствии с приложением 3.2 к настоящему Соглашению.

9.5 Поправочные коэффициенты для применения тарифов на основе клинко-статистических групп болезней:

- коэффициенты уровня медицинской организации и коэффициенты специфики в соответствии с приложением 3.3 к настоящему Соглашению;
- коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) и условия их применения в соответствии с приложением 3.4 к настоящему Соглашению.

В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП.

9.6 Уровни медицинских организаций или их структурных подразделений, применяемые при оплате стационарной медицинской помощи, в соответствии с приложением 3.5 к настоящему Соглашению.

9.7 Перечень клинико-статистических групп болезней, при оплате которых не применяются коэффициенты уровня, в соответствии с приложением 3.6 к настоящему Соглашению.

9.8 Перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний) с оптимальной длительностью лечения в условиях круглосуточного стационара до 3 дней включительно в соответствии с приложением 3.7 к настоящему Соглашению.

9.9 Тарифы на оплату за законченный случай высокотехнологичной специализированной медицинской помощи по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов ВМП с учетом применения к части норматива затрат коэффициента дифференциации 1,105, в соответствии с приложением 4 к настоящему Соглашению.

10 В части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров:

10.1 Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТП ОМС Оренбургской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в сумме 1 701,32 рубля;

10.2 Средний норматив финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневных стационаров – 25 627,90 рублей (без учета коэффициента дифференциации – 23 192,67 рубля).

Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневных стационаров к базовой ставке – 0,6000.

Базовая ставка, которая является исходным показателем для расчета тарифов за один законченный случай на основе клинико-статистических групп болезней, в размере 15 376,74 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 13 915,60 рубля) за один законченный случай.

10.3 Перечень клинико-статистических групп заболеваний, коэффициенты их относительной затратоемкости, управленческие коэффициенты и тарифы за законченный случай лечения в условиях дневного стационара на основе клинико-статистических групп болезней (за исключением КСГ, для которых коэффициент дифференциации и поправочные коэффициенты применяются к доле заработной платы) в соответствии с приложением 5.1 к настоящему Соглашению.

10.4 Перечень клинико-статистических групп заболеваний, коэффициенты относительной затратоемкости, доля заработной платы для применения коэффициента дифференциации, управленческих коэффициентов и тарифы за законченный случай лечения в условиях дневного стационара на основе клинико-статистических групп болезней для которых коэффициент дифференциации и поправочные коэффициенты применяются к доле заработной платы в соответствии с приложением 5.2 к настоящему Соглашению.

10.5 Коэффициенты сложности лечения пациента и условия их применения в соответствии с приложением 5.3 к настоящему Соглашению.

10.6 Перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний) с оптимальной длительностью лечения в условиях дневного стационара до 3 дней включительно в соответствии с приложением 5.4 к настоящему Соглашению.

11. В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации:

11.1 Средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи в размере 903,88 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 817,99 рублей) и базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи в размере 887,12 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 802,82 рубля);

11.2 Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования - 0,98146.

11.3 Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для скорой медицинской помощи на 2022 год в соответствии с приложением 6.1 к настоящему Соглашению.

11.4 Коэффициенты специфики к подушевому нормативу и подушевые нормативы финансового обеспечения скорой медицинской помощи для медицинских организаций на 2022 год в соответствии с приложением 6.2.

11.5 Размер базового норматива финансовых затрат на 1 вызов скорой медицинской помощи – 3 187,6 рублей;

11.6 Тарифы на вызов скорой медицинской помощи в соответствии с приложением 6.3 к настоящему Соглашению.

12. Базовый тариф на оплату гемодиализа (соответствующий коду услуги A18.05.002 «Гемодиализ») в размере 6 732,06 рубля (без учета коэффициента дифференциации к зарплатной части – 6 593,38 рубля) и на оплату перитонеального диализа (соответствующий коду услуги A18.30.001 «Перитонеальный диализ») в размере 4 649,11 рубля (без учета коэффициента дифференциации к зарплатной части – 4 553,34 рубля).

Коэффициенты относительной затратоемкости к базовому тарифу и тарифы на заместительную почечную терапию методом гемодиализа и перитонеального диализа независимо от условий предоставления медицинской помощи (стационар, амбулаторные условия) за сеанс/день обмена в соответствии с приложением 7 к настоящему Соглашению.

Тариф (средняя стоимость) транспортировки пациентов до места проведения гемодиализа (амбулаторно) и обратно, обеспеченный за счет

платежей из областного бюджета, уплачиваемых в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, в соответствии с приложением 7.

13. Перечень медицинских услуг и предельный размер возмещения расходов для расчетов между медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на территории Оренбургской области, перечень медицинских услуг, оказываемых клинико-диагностическими лабораториями II уровня, и предельный размер возмещения расходов для расчетов клинико-диагностическими лабораториями I уровня соответствующих расходов в соответствии с приложением 8 к настоящему Соглашению.

14. Утвержденные разделом II настоящего Соглашения тарифы (за исключением подушевых нормативов и тарифов, указанных в приложении 8) применяются также для оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Оренбургской области.

15. Структура тарифов и подушевых нормативов, утвержденных настоящим Соглашением, включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу. В части расходов на заработную плату тарифы и подушевые нормативы включают в себя финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам),

медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи включают в себя, в том числе, расходы на приобретение основных средств.

Тариф на заместительную почечную терапию методом гемодиализа включает в себя, в том числе, расходы на транспортировку пациентов до места проведения гемодиализа и обратно, обеспеченные за счет платежей из областного бюджета, уплачиваемых в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования.

IV. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

В целях реализации пп. 153-155 приказа Минздрава России от 28.02.2019 г. № 108н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования», приказа Минздрава России от 19.03.2021г. N 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения», настоящим Соглашением устанавливается Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в рамках отношений по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с приложением 9 к настоящему Соглашению.

V. Заключительные положения

16. Соглашение вступает в силу с 1 января 2022 года и действует до окончания расчетов за медицинскую помощь, оказанную в период с 1 января по 31 декабря 2022 года.

17. Соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Соглашения с момента их подписания сторонами.

18. Все приложения к настоящему Соглашению являются его неотъемлемой частью.

Подписи сторон:

От Министерства здравоохранения области:

Вице-губернатор – заместитель
председателя Правительства
Оренбургской области
по социальной политике – министр
М.П.



Т.Л. Савинова

От ТФОМС Оренбургской области:

Директор
М.П.



В.В. Марковская

От профессиональных союзов медицинских работников или их
объединений (ассоциаций):

Председатель Оренбургской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации
М.П.



Л.Б. Варавва

От медицинских профессиональных некоммерческих организаций:

Член Оренбургского регионального
отделения общероссийской
общественной организации «Российская
медицинская ассоциация»
М.П.



С.В. Гречихина

От страховых медицинских организаций:

Директор Оренбургского филиала
АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»
М.П.



Т.В. Малая