

# ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

в системе обязательного медицинского страхования граждан  
в Оренбургской области на 2021 год

версия 3

(включены изменения 1 от 29.01.2021г., 2 от 16.02.2021г.)

г. Оренбург

30 декабря 2020 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», постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 г. № 2299 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 г. № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» 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;

ТПГГ – 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);

– 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.

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

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 осуществляется по подушевому принципу

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает 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 стоматологической помощи (кроме помощи в рамках профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, диспансеризации детей-сирот, наблюдения беременных женщин);

- 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:

$$\text{ПН}_{\text{ср}} = (\sum \text{Нст}_{\text{амб } i} * \text{Ноб}_{\text{амб } i} * \text{К}_{\text{диф суб РФ}} * \text{Ч}_3 - \text{ОС}_{\text{МТР}}) / \text{Ч}_3, \text{ где}$$

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

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

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

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

$\text{Ч}_3$  – численность застрахованных граждан, прикрепленных к медицинским организациям для получения ПСМП».

Базовый подушевой норматив утверждается настоящим Соглашением и рассчитывается по формуле:

$$\text{ПН}_{\text{баз}} = (\text{ПН}_{\text{ср}} * \text{Ч}_3 - \text{ОС}_{\text{вне подуш}}) / \text{Ч}_3, \text{ где}$$

$\text{ОС}_{\text{вне подуш}}$  – размер средств на оплату объемов амбулаторной помощи, выведенной из расчета подушевого финансирования 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:

$$\text{К}_{\text{прив}} = \text{ПН}_{\text{баз}} / \text{ПН}_{\text{ср}}$$

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

Половозрастные коэффициенты ( $\text{КД}_{\text{пви}}$ ) 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 ( $K_{Д_{пви}}$ ) рассчитываются для каждой половозрастной группы по формуле:

$$K_{Д_{пви}} = P_i / P.$$

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  $K_{Д_{пви}}$ ) коэффициент половозрастных затрат ( $СКД_{пви}$ ) рассчитывается по формуле:

$$СКД_{пви} = \sum(K_{Д_{пви}} * Ч_{з_{i_{пв}}}) / Ч_{з_{мо}}, \text{ где}$$

$Ч_{з_{i_{пв}}}$  – 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:

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

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

$K_{Д_{от}}$  – 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;

$K_{\text{попр}}$  – поправочный коэффициент

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

В свою очередь, значение коэффициента специфики рассчитывается по формуле:

$$K_{\text{спец}} = СКД_{\text{пви}} * KU_{\text{мо}}, \text{ где}$$

$KU_{\text{мо}}$  – 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:

$$KU_{\text{мп/проф}} = (OC_{\text{проф } i} + \sum OC_{\text{ПНФ - проф}}) / \sum OC_{\text{ПНФ - проф}}, \text{ где}$$

$OC_{\text{проф } i}$  – 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;

$\sum OC_{\text{ПНФ - проф}}$  – 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 ( $K_{\text{попр}}$ ) по формуле:

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

$ПНА_{i \text{ без проф}}$  - дифференцированный подушевой норматив финансового обеспечения амбулаторной помощи без учета средств на оплату профилактических медицинских осмотров и мероприятий по диспансеризации

Дифференцированные подушевые нормативы для медицинских организаций утверждаются настоящим Соглашением не реже одного раза в год

и подлежат пересмотру в случаях изменения базового подушевого норматива или любого из коэффициентов

#### 4.4 Порядок премирования медицинских организаций – балансодержателей

Источником финансового обеспечения премиальных выплат является включенная в расчет базового подушевого норматива часть средств (10%), предназначенных на оплату амбулаторной помощи по подушевому принципу.

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

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

Расчет премиальной суммы (с учетом результатов оценки) осуществляется ТФОМС в течение 20 рабочих дней месяца, следующего за отчетным периодом (месяцем), утверждается решением Комиссии по ТП ОМС на ближайшем заседании и до конца месяца, следующего за отчетным периодом, доводится до сведения МО и СМО посредством размещения на официальном сайте ТФОМС.

Выплаты премиальных сумм производятся страховыми медицинскими организациями на основании предъявленных медицинскими организациями – балансодержателями счетов по форме, утвержденной Регламентом информационного взаимодействия на 2021 год, в сроки, не превышающие сроки оплаты реестров счетов за ближайший отчетный месяц.

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.

#### 4.5 Методика оценки показателей результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь 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 представлены в приложении 2.13 к настоящему Соглашению.

При определении показателей оценки результативности деятельности учтены следующие особенности:

- показатели рассчитываются в разрезе детского (от 0 месяцев до 17 лет включительно) и взрослого (с 18 лет) населения;
- выборка объемов осуществляется с учетом результатов МЭЖ;
- в отборе участвуют объемы медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, прикрепленному по состоянию на 1 число месяца к МО-балансодержателю, в которой была оказана помощь;



– объемы амбулаторной помощи, оказанной по профилю «Стоматология», не рассматриваются.

Оценка уровня достижения целевых показателей осуществляется по балльной системе.

Размер выплат стимулирующего характера определяется с применением следующего алгоритма:

а) Определяется фактическое значение достижения каждого из целевых показателей отдельно по каждой медицинской организации.

б) Производится ранжирование фактического значения каждого показателя оценки результативности деятельности от «лучшего» к «худшему» в зависимости от достижения целевого значения показателя.

в) Количество баллов по каждому показателю определяется по формуле:

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

$b_{i+1}$  – 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;

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

$b_i$  – балльное значение предыдущего показателя.

г) Рассчитывается средневзвешенное балльное значение показателя с учетом возрастной структуры (для медицинских организаций, имеющих взрослое и детское прикрепленное население) по формуле:

$$\overline{B_{MO}} = (B_{Bз} * K_{Bз}) + (B_{Д} * K_{Дн}), \text{ где}$$

$B_{MO}$  – средневзвешенный балл оценки показателя МО;

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

$K_{Bз,Дн}$  – доля взрослого или детского населения в структуре МО.

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

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

$$P_{max} = \frac{B_{моf}}{B_{моmax}}, \text{ где}$$

$B_{моf}$  – итоговая фактическая сумма баллов медицинской организации;

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

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

4.6 Оплата стоматологической помощи по подушевому принципу

4.6.1 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 по заболеваниям, лечение которых в полном объеме осуществляется с использованием изделий медицинского назначения, стоматологических материалов, лекарственных препаратов, необходимых для оказания стоматологической помощи, перечень которых утвержден территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Оренбургской области медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов.

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

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

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

$OC_{стом}$  – 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-пятьдесят девять лет – М;

восемнадцать-пятьдесят четыре года – Ж;

шестьдесят лет и старше – М;

пятьдесят пять лет и старше – 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 (Р) без учета возраста и пола по формуле:

$$P=Z/Ч, \text{ где}$$

Z – 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 (Р<sub>i</sub>).

Половозрастные коэффициенты (КД<sub>стом i</sub>) рассчитываются для каждой половозрастной группы по формуле:

$$КД_{\text{стом } i} = P_i/P.$$

в) Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения стоматологической помощи (ПН<sub>стом i</sub>) 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<sub>мо</sub> – 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 оплаты стоматологической помощи рассчитывается поправочный коэффициент (К<sub>попр</sub>) по формуле:

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

$Чз_{пв мо}$  – 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».

4.7 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 и более 2000 жителей, размер финансового обеспечения не утверждается.

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

4.8 Особенности применения амбулаторных тарифов, утвержденных настоящим Соглашением

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

4.8.2 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.

4.8.3 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.

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

4.8.5 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 одной седьмой от утвержденного для этих целей тарифа. Общее количество этапов для целей оплаты не должно превышать семи.

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

4.8.7 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.

4.8.8 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.

4.8.9 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».

4.8.10 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.

4.8.11 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.

4.8.12 Оплата маммографии и жидкостной цитологии в рамках проведения диспансеризации определенных групп населения (приказ МЗ РФ от 13.03.2019 г. № 124н) 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.

4.8.13 Поправочный (повышающий) коэффициент к тарифам на проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (за исключением 2 этапа) 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 2021 год) – при условии, если профилактический медицинский осмотр или диспансеризация проведены в течение выходных дней в полном объеме.

4.8.14 С учетом предусмотренного пп.4.1 настоящего Соглашения способа оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, отдельный тариф на услуги с применением телемедицинских технологий Соглашением не предусмотрен. Оплата данных услуг осуществляется в составе подушевого норматива финансирования по тарифам, установленным для медицинской помощи в очном режиме в случаях, когда посещения с применением телемедицинских технологий проводятся:

– в составе обращения по заболеванию при условии минимум одного очного посещения;

– при осуществлении диспансерного наблюдения пациентов из числа прикрепленных к МО.

Для всех посещений, проводимых с использованием телемедицинских технологий, обязательно указание в реестре счетов соответствующего кода номенклатуры медицинских услуг.

4.8.15 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.

4.8.16 Установленный настоящим Соглашением тариф за законченный случай по поводу заболевания или с профилактической целью по клинико-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). Оплате подлежит стоматологическая помощь по заболеваниям, лечение которых в полном объеме осуществляется с использованием изделий медицинского назначения, стоматологических материалов, лекарственных препаратов, необходимых для оказания стоматологической помощи, перечень которых утвержден территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Оренбургской области медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов.

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 эндодонтического лечения с последующим восстановлением 1 корневого зуба	0,45
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

4.8.16 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 клинико-статистическую группу заболеваний;

– за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

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 при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.

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.

Оплата госпитализации по полному тарифу КСГ независимо от ее длительности производится по следующим позициям:

№ КСГ	Наименование КСГ
st02.001	Осложнения, связанные с беременностью
st02.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
st02.012	Операции на женских половых органах (уровень 3)
st03.002	Ангинебротический отек, анафилактический шок
st05.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе*
st08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети*
st08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
st08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
st12.010	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые
st12.011	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети
st12.015.001	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1 подуровень 1)
st12.015.002	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1 подуровень 2)
st12.015.003	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1 подуровень 3)
st12.015.004	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1 подуровень 4)
st12.015.005	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1 подуровень 5)
st12.019.001	Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание уровень 1)
st12.019.002	Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание уровень 2)
st12.019.003	Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание уровень 3)
st12.019.004	Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание уровень 4)
st12.019.005	Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание уровень 5)
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)

№ КСГ	Наименование КСГ
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
st16.005	Сотрясение головного мозга
st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st19.038	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
st19.062	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
st19.063	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
st19.064	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
st19.065	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
st19.066	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
st19.067	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
st19.068	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
st19.069	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
st19.070	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
st19.071	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
st19.072	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*
st19.073	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*
st19.074	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
st19.090	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения, взрослые (уровень 1)
st19.094	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
st19.097	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
st19.100	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4)
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)

№ КСГ	Наименование КСГ
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st27.012	Отравления и другие воздействия внешних причин
st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
st30.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
st30.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
st30.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
st30.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
st31.017	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
st32.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
st32.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
st32.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
st36.003	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
st36.009	Реинфузия аутокрови

<\*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения

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 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

O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери

O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери

O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери

O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

По каждому указанному случаю СМО должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи;

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.

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

5.5 Оплата стационарной помощи по тарифам КСГ №№ st37.001-st37.024 (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 st36.003 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов» 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 при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

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 соответствии с пп. 4.1 настоящего Соглашения 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 при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.

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.

Оплата госпитализации по полному тарифу КСГ независимо от ее длительности производится по следующим позициям:

№ КСГ	Наименование КСГ
-------	------------------

№ КСГ	Наименование КСГ
ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
ds02.003	Операции на женских половых органах (уровень 1)
ds02.004	Операции на женских половых органах (уровень 2)
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.007	Аборт медикаментозный
ds02.008	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)
ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе*
ds08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети*
ds08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
ds08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
ds15.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
ds19.028	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
ds19.029	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ/КТ
ds19.033	Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования
ds19.037	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
ds19.038	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
ds19.039	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
ds19.040	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
ds19.041	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
ds19.042	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
ds19.043	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
ds19.044	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*



№ КСГ	Наименование КСГ
ds19.045	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
ds19.046	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
ds19.047	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*
ds19.048	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*
ds19.049	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
ds19.063	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения, взрослые (уровень 1)
ds19.067	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
ds19.071	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
ds19.075	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
ds20.006	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
ds25.001	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
ds27.001	Отравления и другие воздействия внешних причин
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
ds36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
ds36.004	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*

<\*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения

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-ds37.017 (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 ds36.004 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов» 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 ( $C_{ср}$  и  $C_{баз}$ ) и коэффициента приведения среднего подушевого норматива к базовому ( $K_{прив}$ ).

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

$$C_{ср} = (Нст_{смп} * Ноб_{смп} * K_{диф\ суб\ РФ} * Ч_3 - ОС_{МТР}) / Ч_3, \text{ где}$$

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

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

$K_{диф\text{ суб РФ}}$  – 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 2021 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:

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

$ОС_{\text{выз}}$  - 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:

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

а) Коэффициенты специфики ( $K_{С\text{СМП}}$ ) оказания медицинской помощи ввиду отсутствия необходимости учитывать иные коэффициенты, предусмотренные Методическими рекомендациями, принимают значение средневзвешенных по медицинской организации коэффициентов половозрастных затрат  $СКД_{\text{пви}}$  (с учетом половозрастной структуры и половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива ( $K_{Д\text{пви}}$ )).

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;

восемнадцать- шестьдесят четыре года – Ж;

шестьдесят пять лет и старше – М;

шестьдесят пять лет и старше – 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:

$$P = V * T / Ч, \text{ где}$$

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 ( $КД_{СМП i}$ ) рассчитываются для каждой половозрастной группы по формуле:

$$КД_{СМП i} = P_i / P.$$

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

$$СКД_{ПВи} = \sum(КД_{ПВи} * Ч_{z_{i ПВ}}) / Ч_{z_{МО}}, \text{ где}$$

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

$Ч_{z_{МО}}$  – 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 групп медицинских организаций ( $i$ ) по формуле (с учетом, что  $СКД_{ПВи} = КС_{СМП}$ ):

$$ПН_{СМП i} = C_{баз ССМП} * КС_{СМП инт}, \text{ где}$$

$КС_{СМП инт}$  – средневзвешенный интегрированный коэффициент специфики подушевого норматива, определенный для  $i$ -той группы медицинских организаций.

Объединение медицинских организаций в однородные группы осуществляется исходя из значений коэффициента спецификации (с шагом значения коэффициента, равным 0,03).

При этом в случае, если с установленным шагом коэффициента образуется группа, включающая одну медицинскую организацию, эта медицинская организация должна быть включена в группу с ближайшим значением группового коэффициента дифференциации.

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 ( $K_{\text{попр}}$ ) по формуле:

$$K_{\text{попр}} = (C_{\text{баз}} * Чз) / \sum(\text{ПН}_{\text{смпі}} * Чз_{\text{мо}}), \text{ где}$$

$Чз$  – численность застрахованного обслуживаемого населения.

$C$  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 5 155,03 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 4 665,19 рублей) и базовый подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи в размере 2084,33 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 1 886,27 рублей);

8.2 Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования - 0,404329;

8.3 Половозрастные коэффициенты дифференциации ( $\text{СКД}_{\text{пвi}}$ ) и коэффициенты уровня медицинских организаций ( $\text{КУ}_{\text{мо}}$ ), используемые для расчета коэффициентов спецификации; 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 ( $\text{КД}_{\text{от}}$ ) в соответствии с приложением 2.1 к настоящему Соглашению.

8.4 Подушевые нормативы финансового обеспечения амбулаторной помощи на 2021 год для МО-балансодержателей с учетом поправочного коэффициента, коэффициентов спецификации и коэффициентов, предусмотренных

приложением 2.1 настоящего Соглашения, в соответствии с приложением 2.2 к настоящему Соглашению.

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

на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров – 2 095,6 рубля,

на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний, – 2 409,0 рубля,

на 1 посещение с иными целями – 342,0 рубля;

в неотложной форме – 742,0 рубля;

на 1 обращение по поводу заболевания – 1 671,9 рубля, включая нормативы финансовых затрат на проведение одного исследования:

компьютерной томографии – 3 746,2 рубля;

магнитно-резонансной томографии – 4 230,8 рубля;

ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 677,9 рубля;

эндоскопического диагностического исследования – 1 376,2 рубля;

молекулярно-биологические исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – 10 917,3 рубля;

патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2 342,4 рубля;

тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 645,3 рубля;

8.6 Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (посещений, обращений (законченных случаев), профилактических мероприятий в соответствии с приложением 2.3 к настоящему соглашению.

Утвержденные приложением 2.3 амбулаторные тарифы применяются:

– для расчета за медицинскую помощь, объемы которой утверждаются Комиссией по ТП ОМС по разделам:

«АПП – обращения», «АПП – посещения»;

«Центры здоровья, в т.ч. центры женского здоровья»;

– для осуществления расчетов между медицинскими организациями за заказанные амбулаторные услуги в рамках подушевого финансирования амбулаторной помощи;

– для определения размера штрафных санкций в отношении случаев оказания медицинской помощи, оплаченной по подушевому принципу, для МО-балансодержателей.

8.7 Таблица соответствия врачебных специальностей перечню специалистов, применяемому для оплаты амбулаторной помощи в 2021 году, в соответствии с приложением 2.4 к настоящему Соглашению.

8.8 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 2.5 к настоящему Соглашению.

Условия применения поправочных (повышающих) коэффициентов установлены пп.4.8.13 настоящего Соглашения.

8.9 Базовый (средний) подушевой норматив финансирования стоматологической помощи на 2021 год в размере 529,47 рубля на 1-го человека в год (без учета коэффициента дифференциации – 479,16 рубля).

8.10 Значения коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансового обеспечения стоматологической помощи на 2021 год в соответствии с приложением 2.6 к настоящему Соглашению:

- половозрастные коэффициенты дифференциации ( $K_{D_{\text{стом } i}}$ );
- коэффициенты уровня оказания медицинской помощи ( $K_{У_{\text{мо}}}$ ).

8.11 Коэффициенты дифференциации подушевого норматива и подушевые нормативы финансового обеспечения стоматологической помощи на 2021 год для МО-балансодержателей в соответствии с приложением 2.7 к настоящему Соглашению.

8.12 Тарифы на оказание первичной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях на основе клинико-статистических групп в соответствии с приложением 2.8 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.

8.13 Финансовые нормативы обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов на 2021 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 2.9 к настоящему Соглашению.

8.14 Перечень фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого населения, и размер их финансового обеспечения в соответствии с приложением 2.10 к настоящему Соглашению.

8.15 Тарифы диагностических исследований, проводимых амбулаторно и выведенных из подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи в соответствии с приложением 2.11 к настоящему Соглашению.

8.16 Тарифы на диагностические исследования (маммографию и жидкостную цитологию), 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 2.12 к настоящему Соглашению.

8.17 Показатели оценки результативности деятельности медицинских



организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (кроме стоматологической) в соответствии с приложением 2.13 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 6 025,52 рубля.

9.2 Средний норматив финансовых затрат на 1 госпитализацию в стационарных условиях – 39 009,40 рублей (без учета коэффициента дифференциации – 35 302,62 рубля).

Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях к базовой ставке – 0,660655.

Базовая ставка, рассчитанная в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, в размере 25 771,76 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 23 322,86 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 затратно-емкости и тарифы за законченный случай лечения в условиях стационара на основе клинко-статистических групп болезней (за исключением проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых) в соответствии с приложением 3.1 к настоящему Соглашению.

9.4 Перечень клинко-статистических групп заболеваний, коэффициенты относительной затратно-емкости, 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 случаев проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых 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.

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8.

Расчет суммарного значения КСЛП (КСЛП<sub>сумм</sub>) выполняются по формуле:

$$\text{КСЛП}_{\text{сумм}} = \text{КСЛП}_1 + (\text{КСЛП}_2 - 1) + (\text{КСЛП}_N - 1)$$

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 Тарифы на оплату за законченный случай высокотехнологичной специализированной медицинской помощи по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов ВМП, установленных разделом I приложения к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, утвержденной постановлением Правительства РФ от 28.12.2020 №2299, 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 1 651,84 рубля;

10.2 Средний норматив финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневных стационаров – 27 680,90 рублей (без учета коэффициента дифференциации – 25 050,59 рубля) .

Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневных стационаров к базовой ставке – 0,530328.

Базовая ставка, которая является исходным показателем для расчета тарифов за один законченный случай на основе клинико-статистических групп болезней, в размере 14 679,96 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 13 285,03 рубля) за один законченный случай.

10.3 Перечень клинико-статистических групп заболеваний, коэффициенты их относительной затратно-емкости, управленческие коэффициенты и тарифы за законченный случай лечения в условиях дневного стационара на основе клинико-статистических групп болезней (за исключением проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых) в соответствии с приложением 5.1 к настоящему Соглашению.

10.4 Перечень клинико-статистических групп заболеваний, коэффициенты относительной затратно-емкости, 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 случаев проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых 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.

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

11.1 Средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи в размере 846,97 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 766,49 рублей) и базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи в размере 825,22 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 746,81 рубля);

11.2 Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования - 0,97432.

11.3 Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для скорой медицинской помощи на 2021 год в соответствии с приложением 6.1 к настоящему Соглашению.

11.4 Средневзвешенные интегрированные коэффициенты специфики к подушевому нормативу и дифференцированные подушевые нормативы (руб/чел/год), определенные для групп медицинских организаций на 2021 год, в соответствии с приложением 6.2 к настоящему Соглашению.

11.5 Коэффициенты специфики к подушевому нормативу и подушевые нормативы финансового обеспечения скорой медицинской помощи для медицинских организаций на 2021 год в соответствии с приложением 6.3.

11.6 Размер базового норматива финансовых затрат на 1 вызов скорой медицинской помощи – 2 998,3 рубля;

11.7 Тарифы на вызов скорой медицинской помощи в соответствии с приложением 6.4 к настоящему Соглашению, применяемые:

- для целей межтерриториальных расчетов;
- для формирования внутриобластных реестров счетов, а также для межучрежденческих расчетов (в части вызовов врачебных и фельдшерских бригад СМП) в рамках подушевого механизма финансирования;
- для определения размера штрафных санкций в рамках отношений по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
- для оплаты вызовов с проведением тромболитической терапии при оказании помощи больным с острым коронарным синдромом (ОКС) сверх установленного по подушевому принципу объема финансирования;
- для оплаты вызовов скорой специализированной, включая медицинскую эвакуацию, медицинской помощи, оказываемой отделениями экстренной консультативной помощи.

12. Базовый тариф на оплату гемодиализа (соответствующий коду услуги

A18.05.002 «Гемодиализ») в размере 6 473,13 рубля (без учета коэффициента дифференциации к зарплатной части – 6 339,99 рубля) и на оплату перитонеального диализа (соответствующий коду услуги A18.30.001 «Перитонеальный диализ») в размере 4 470,30 рубля (без учета коэффициента дифференциации к зарплатной части – 4 378,35 рубля).

Коэффициенты относительной затроемкости 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. 146-149 приказа Минздрава России от 28.02.2019 г. № 108н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования», приказа ФФОМС от 28.02.2019 г. N 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», 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 2021 года и действует до окончания расчетов за медицинскую помощь, оказанную в период с 1 января по 31 декабря 2021 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