

# ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

в системе обязательного медицинского страхования граждан  
в Оренбургской области на 2017 год

версия 13

~~(включены изменения: 1 от 30.01.2017г., 2 от 17.02.2017г., 3 от 16.03.2017г., 4 от 03.04.2017г., 5 от 05.05.2017г., 6 от 30.05.2017г., 7 от 30.06.2017г., 8 от 28.07.2017г., 9 от 30.08.2017г., 10 от 28.09.2017г., 11 от 31.10.2017г., 12 от 10.11.2017г.)~~

г. Оренбург

29 декабря 2016г.

## I. Общие положения

1. Настоящее Тарифное соглашение (далее – Соглашение, ТС) разработано и заключено в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2016 №1403 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, утвержденной постановлением Правительства РФ, приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации, регулирующими правоотношения по предмету настоящего Тарифного соглашения, между:

Министерством здравоохранения Оренбургской области в лице ~~заместителя~~ министра Зольниковой Галины Петровны,

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Оренбургской области в лице директора Марковской Викторией 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 председателя правления Оренбургского регионального отделения общероссийской общественной организации «Российская медицинская ассоциация» Гильмутдинова Рината Гаптрауфовича,

страховыми медицинскими организациями, работающими в системе обязательного медицинского страхования Оренбургской области в лице директора филиала АО «МАКС-М» в г.Оренбург Синюковой Ольги Ивановны, именуемыми в дальнейшем сторонами.

2. Предметом соглашения являются согласованные сторонами позиции по оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам в Оренбургской области в рамках действующей Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Программа ОМС).

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 ОМС;

МЗОО – министерство здравоохранения Оренбургской области;

МО – медицинская организация;

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

МРФ – межрайонные функции;

МУН – муниципальные функции;

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 МО лицо и ПН – прикрепленное население – застрахованные по ОМС в области граждане, реализовавшие свое право на выбор медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной помощи;

ТПГГ – территориальная программа государственных гарантий;

ПЦ – профилактическая цель;

СМП – скорая медицинская помощь;

СМО – страховая медицинская организация;

ТЛТ – тромболитическая терапия;

ТП ОМС – территориальная программа обязательного медицинского страхования;

ТС – тарифное соглашение;

ТФОМС – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования;

УЕТ – условная единица трудоемкости;

ФАП – фельдшерско-акушерский пункт;

ФФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;

ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение.

## **II. Способы оплаты медицинской помощи**

1. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

1.1 При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (включая помощь, оказываемую средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием), устанавливаются следующие способы оплаты:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, 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, и для межучрежденческих расчетов в рамках подушевого финансирования амбулаторной помощи.

Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях осуществляется по тарифам с учетом УЕТ (условных единиц трудоемкости в соответствии с классификатором, утвержденным приложением 2.6 к настоящему Соглашению) за одно посещение. При этом подлежит оплате медицинская помощь по заболеваниям, лечение которых в полном объеме осуществляется с использованием изделий медицинского назначения, стоматологических материалов, лекарственных препаратов, необходимых для оказания стоматологической помощи, указанных в приложении №4 ТППГ Оренбургской области на 2017-2019 гг.

Оплата заместительной почечной терапии методом гемодиализа и перитонеального диализа 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/суток обменов за период лечения и утвержденному Тарифным соглашением стоимости сеанса/суток обмена (приложение 7);

Оплата близкофокусной рентгенотерапии при онкозаболеваниях осуществляется за законченный случай, которым является один сеанс.

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

1.3 Оплата амбулаторной помощи по подушевому принципу ▼

1.3.1 Финансовое обеспечение амбулаторной помощи осуществляется по подушевому принципу.

Исключение из подушевого алгоритма оплаты амбулаторной помощи составляют:

- объемы амбулаторной помощи, которые устанавливаются Комиссией по разработке ТП ОМС в качестве объемов предоставления помощи по блоку «МРФ», в том числе объемы амбулаторной заместительной почечной терапии методом гемодиализа и перитонеального диализа, объемы медицинской реабилитации в амбулаторных **условия**;

- объемы амбулаторной помощи в рамках проведения диспансеризации, медицинских осмотров несовершеннолетних (в т.ч. детей-сирот) и профилактических медицинских осмотров взрослого населения в соответствии с порядками Министерства здравоохранения РФ (приказы МЗ РФ от **03.02.2015 №36ан**, от 06.12.2012 №1011н, от **21.12.2012 №1346н**, от 15.02.2013 №72н, от 11.04.2013 №216н), а также объемы помощи в Центрах здоровья (в т.ч. Центрах женского здоровья).

1.3.2 Алгоритм расчета половозрастных коэффициентов потребления амбулаторной помощи (далее – амбулаторные коэффициенты потребления) и дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения амбулаторной помощи:

а) Амбулаторные коэффициенты потребления рассчитываются территориальным фондом ОМС и утверждаются настоящим соглашением не реже одного раза в год.

При индексации амбулаторных тарифов в системе ОМС в случаях, когда она осуществляется неравномерно по разным видам амбулаторной помощи, амбулаторные коэффициенты потребления пересчитываются в обязательном порядке.

Амбулаторные коэффициенты потребления (**КА<sub>i</sub>**) 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 амбулаторных коэффициентов потребления все лица, застрахованные в Оренбургской области в расчетном периоде (по состоянию на первое число первого месяца расчетного периода), распределяются на половозрастные группы:

ноль – один год - М/Ж;

один год - четыре года - М/Ж;

пять - семнадцать лет - М/Ж;

восемнадцать - ~~двадцать лет - М;~~

~~восемнадцать – двадцать лет - Ж;~~

~~двадцать один год -~~ пятьдесят девять лет - М;

**двадцать один** - пятьдесят четыре года - Ж;

шестьдесят лет и старше - М;

пятьдесят пять лет и старше - 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.1.3.1 настоящего Соглашения) в разрезе половозрастной

структуры застрахованных лиц и рассчитывается размер затрат на одно застрахованное лицо (P) без учета возраста и пола, по формуле:

$$P=Z/M/Ч, \text{ где}$$

Z - затраты на оказание амбулаторной помощи всем застрахованным лицам за расчетный период;

M - количество месяцев в расчетном периоде;

Ч - численность застрахованных лиц;

По аналогичной формуле рассчитываются затраты на одно застрахованное лицо в рамках каждой половозрастной группы (P<sub>i</sub>).

Амбулаторные коэффициенты потребления (КА<sub>i</sub>) рассчитываются для каждой половозрастной группы по формуле:

$$КА_i = P_i/P$$

б) Расчет базовой ставки подушевого финансового обеспечения амбулаторной помощи (С<sub>баз</sub>) в рамках программы ОМС (далее – базовая ставка).

Под базовой ставкой понимается средний (без учета возраста и пола) годовой размер подушевого финансового обеспечения амбулаторной помощи в рамках программы ОМС.

Базовая ставка рассчитывается территориальным фондом ОМС и утверждается настоящим Соглашением не реже одного раза в год.

Расчет базовой ставки осуществляется по формуле:

$$С_{баз} = (\sum Нст_{амб\ i} * Ноб_{амб\ i} * К_{диф\ суб\ РФ} * Ч_3 - ОС_{вне\ подуш} - ОС_{МТР}) * К_{гарант}, \text{ где}$$

Нст<sub>амб i</sub> – федеральный норматив стоимости единицы амбулаторной помощи по целям;

Ноб<sub>амб i</sub> – федеральный норматив объемов амбулаторной помощи по целям;

К<sub>диф суб РФ</sub> – территориальный коэффициент дифференциации (повышающий), применяемый для Оренбургской области при расчете субвенций ФФОМС;

ОС<sub>вне подуш</sub> – размер средств на оплату объемов амбулаторной помощи, выведенной из расчета подушевого финансирования в соответствии с пп.1.3.1 настоящего Соглашения;

ОС<sub>МТР</sub> – размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках МТР.

К<sub>гарант</sub> – коэффициент гарантированной части финансового обеспечения АП по подушевому принципу (0,9).

в) Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения амбулаторной помощи (ПНА<sub>i</sub>) в рамках программы ОМС по подушевому принципу (далее – амбулаторные подушевые нормативы).

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

$$ПНА_i = C_{\text{баз}} * КА_i$$

Амбулаторные подушевые нормативы утверждаются настоящим Соглашением не реже одного раза в год и подлежат пересмотру в случаях изменения базовой ставки или амбулаторных коэффициентов потребления.

~~1.3.3 По решению Комиссии при расчете сумм финансирования АП могут применяться коэффициенты, предусмотренные пп.2.2 раздела II Методических рекомендаций МЗ РФ и ФФОМС по способам оплаты медицинской помощи за счет ОМС (письмо МЗ РФ т ФФОМС от 22.12.2016 №11 8/10/2 8266 и № 12578/26/и).~~

1.4 Порядок премирования медицинских организаций – балансодержателей

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

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 разработке территориальной программы 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, утверждённой Регламентом информационного взаимодействия на 2017 год, в сроки, не превышающие первых семи рабочих дней второго месяца, следующего за отчётным периодом.

Сумма премии, неполученная в результате оценки каждой из МО-балансодержателя отчётного периода (месяца), в течение календарного года

пополняет премиальную часть следующего месяца этой же медицинской организации.

Сумма премии, не полученная в результате оценки работы амбулаторной службы за ноябрь и декабрь 2017 года (т.е. по состоянию на 01.01.2018г.), не возмещается медицинской организации – балансодержателю.

1.5 Методика оценки показателей результативности деятельности медицинской организации – балансодержателя по обеспечению амбулаторной помощи прикрепленному населению.

Методика определяет порядок ежемесячного (нарастающим итогом с начала года) осуществления Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Оренбургской области полномочий по повышению мотивации медицинских организаций, оказывающих амбулаторную помощь прикрепленному населению, к достижению установленных целевых значений показателей.

Объектами оценки являются МО – балансодержатели.

Предметом оценки является результативность (*уровень достижения целевых значений показателей*) оказанной амбулаторной помощи прикрепленному населению, в том числе в других МО, с учетом выполнения объемов, установленных Комиссией по ТПОМС и соблюдения темповых графиков проведения диспансеризации взрослого населения и профилактических осмотров несовершеннолетних, утвержденных Министерством здравоохранения Оренбургской области.

Оценка результативности амбулаторной помощи осуществляется по следующим показателям:

- 1 количество посещений на одного прикрепленного в год;
- 2 доля посещений прикрепленного населения с профилактической целью от общего количества посещений;
- 3 охват диспансеризацией и профилактическими осмотрами прикрепленного населения;
- 4 уровень обращений в неотложной форме;
- 5 частота вызовов скорой помощи прикрепленным населением;
- 6 уровень госпитализации прикрепленного населения в стационар от общей численности прикрепленного населения;
- 7 охват амбулаторной помощью прикрепленного населения, ранее госпитализированного с диагнозами инфаркт/инсульт (*в течение одного месяца после выписки из стационара*).

При осуществлении оценки, с целью выравнивания стартовых условий МО -балансодержателей, не рассматриваются объемы амбулаторной помощи, оказанной:

- незастрахованным на территории области гражданам;
- в рамках осуществления межрайонных функций;
- по профилям «стоматология» и «медицинская реабилитация»;
- при осуществлении комплексного обследования и динамического

наблюдения в центрах здоровья.

Оценка достижения показателей осуществляется в разрезе детского (от 0-17 включительно) и с 18 лет) ~~взрослого~~ населения. С учетом возрастной структуры рассчитывается средневзвешенное значение показателя.

При осуществлении оценки результативности амбулаторной помощи, учтены следующие особенности:

- выборка объемов амбулаторной помощи осуществляется с учетом результатов МЭК за исключением последнего месяца расчетного периода. К расчету также принимаются объемы первичной медико-санитарной помощи, выполненные средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный приём;

- в целях оценки МО-балансодержателя, в отборе участвуют только объемы МП, оказанные застрахованному лицу, который был прикреплен к ней по состоянию на 1 число месяца, в котором была оказана помощь;

- в целях соблюдения условий оказания профилактической помощи, при оценке показателей, связанных с диспансеризацией взрослых и профилактических осмотров несовершеннолетних (показатель 3), учитываются объемы МП, оказанной по месту прикрепления на дату проведения диспансеризации;

- при расчете частоты вызовов скорой медицинской помощи (показатель 5) не включаются вызовы СМП, связанные с внешними причинами заболевания, а также неотложная помощь в часы работы поликлиник;

- при расчете уровня госпитализации прикрепленного населения (показатель 6) не включаются случаи госпитализации: при оказании ВМП; по родовспоможению; связанные с внешними причинами заболеваемости; медицинской реабилитации, а также случаи госпитализации в отношении ранее умерших граждан (с датой начала случая после даты смерти);

- для определения охвата амбулаторной помощью пациентов, в предыдущем месяце перенёсших инфаркт/инсульт (показатель 7) к оценке принимаются случаи амбулаторной помощи с методом оплаты «1» (лечебно-диагностическая цель) или «3.1» (диспансерное наблюдение за больным) в отношении каждого пациента однократно. Случаи с летальным исходом госпитализации в расчет не включаются. ~~Данный показатель подлежит оценке нарастающим итогом начиная с мая 2017 года.~~

Целевые значения показателей базируются на нормативах, представленных в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год.

Целевые значения показателей, не имеющих норматива в ТППГ на 2017 год, определяются ТФОМС расчётным путем (за целевое значение показателя принимается лучший результат среди МО-балансодержателей, достигнутый в расчетном периоде).

Оценка уровня достижения МО-балансодержателем в расчетном периоде показателей результативности амбулаторной помощи в отношении своего прикрепленного населения осуществляется в балльной системе. При оценке



применяется как «прямая» (по показателям 1, 2, 3, 4, 7), так и «обратная» (по показателям 5, 6) зависимость.

Уровень целевого значения показателя оценивается по балльной системе:

- по показателям 1, 2 и 3 - от «0» до «5»;

- по показателям 4, 5, 6, 7 - от «0» до «2,5».

Таким образом, максимально возможный балл по оценке восьми показателей может колебаться в диапазоне 22,5-25,0 в зависимости от возрастной структуры прикрепленного населения.

При уровне достижения целевого значения показателя, увеличение которого характеризует повышение качества работы МО, определяется максимальный балл;

При уровне достижения целевого значения показателя, увеличение которого характеризует ухудшение качества работы МО, определяется минимальный балл.

При выявлении одного и более случаев оказания амбулаторной помощи в отношении ранее умерших граждан - полученный результат по МО-балансодержателю принимает значение «0». Исключением являются случаи, дата окончания которых совпадает с датой смерти пациента.

Премиальный фонд подушевого финансирования распределяется пропорционально полученным результатам (баллам) МО-балансодержателя при оказании амбулаторной помощи в отношении ПН к их максимальному значению.

Выставление баллов МО-балансодержателю, производится путём определения отношения максимального и минимального балла к разности целевого значения показателя и наименьшего значения каждого результата достижения целевого значения показателя, умноженного на разность  $i$ -го и  $i+1$  результата показателя, суммированного с баллом предыдущего результата показателя:

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

$b_{i+1}$  - 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.

Ранжирование (определение «лучших» и «худших») МО-

балансодержателей производится в разрезе каждого показателя МО, получившего максимальный балл по показателю к МО с минимальным баллом, то есть с «худшим» показателем.

Алгоритм расчёта показателей, используемых для оценки результативности деятельности медицинских организаций – балансодержателей представлен в таблице ниже.

Показатели оценки результативности оказания амбулаторной помощи для МО-балансодержателей.

№ п/п	Наименование показателя	Целевое значение показателя	Алгоритм расчета показателя	Параметры выборки (см. «Регламент информационного взаимодействия в системе ОМС на 2017 год)
1	2	3	4	5
1	Количество посещений на одного прикрепленного в год	Для взрослых- 5,559 посещ-й  Для детей- 11,887 посещ-й	$K_1 = \frac{V_{АП}}{K_{ПН}}$ , где $K_1$ - количество посещений на одного прикрепленного; $V_{АП}$ - объём амбулаторной помощи; $K_{ПН}$ - количество прикрепленного населения к МО; $\overline{B_{МО}} = (B_{Вз} \times K_{Вз}) + (B_{Д} \times K_{Дн})$ где $B_{МО}$ - средневзвешенный балл оценки показателя МО; $B_{Вз,Д}$ - балл оценки амбулаторной помощи взрослому населению или детям; $K_{Вз,Дн}$ - доля взрослого или детского населения в структуре МО.	Метод оплаты для АП: "0", "1", «1.2», "1.5.1", "1.5.2", "2", "3.1", "3.1.1", "3.2", "3.2.1", "3.2.2", "3.2.3", "3.3", "3.4.1", "3.4.2", "3.5", "3.5.1", "3.5.2", "3.5.3", "3.5.4", "3.6", "3.6.1", "3.6.2", "3.6.3", "3.6.4", "3.7", "4.1", "4.2", "4.3", "4.4", "4.5", "5", "7", "8", "8.1", "10.1", "10.2", "10.3" Метод оплаты для ФАП: "10.1", "10.2", "10.3»
2	Доля посещений прикрепленного населения с профилактической целью от общего количества посещений	Для взрослых- 26,9%  Для детей- 41,3%	$D_{пц} = \frac{\sum_{пц}}{V_{АП}}$ , где $D_{пц}$ - доля посещений с профилактической целью от общего кол-ва амбулаторной помощи; $\sum_{пц}$ - количество посещений с профилактической целью; $V_{АП}$ - общее количество амбулаторной помощи.	Определение общего количества амбулаторной помощи см. п.1. за исключением метода оплаты «0». Методы оплаты для определения посещений с ПЦ: «3.2», "3.2.1", "3.2.2", "3.2.3", "3.4.1", "3.4.2", "3.5", "3.5.1", "3.5.2", "3.5.3", "3.5.4", "3.6", "3.6.1", "3.6.2", "3.6.3", "3.6.4", "3.7", "4.1", "4.2", "4.3", "4.4", "4.5", "10.1" Метод оплаты для ФАП: "10.1"

3	<p>Охват диспансеризацией взрослого населения</p>	<p>Темповый график МЗОО для взрослых:</p> <p>Янв – 6,28%</p> <p>Фев – 15,26%</p> <p>Мар – 24,24%</p> <p>Апр – 33,22%</p> <p>Май – 42,08%</p> <p>Июн – 50,14%</p> <p>Июл – 57,96%</p> <p>Авг – 65,53%</p> <p>Сен – 73,59%</p> <p>Окт – 82,57%</p> <p>Ноя – 91,55%</p> <p>Дек – 100,0%</p>	$K_{OD} = \frac{\sum_{прд}}{\sum_{пд}}$ , где $K_{од}$ - охват диспансеризации взрослого населения; $\sum_{прд}$ - число лиц, прошедших диспансеризацию; $\sum_{пд}$ - число лиц, подлежащих диспансеризации.	<p>Методы оплаты для определения объема диспансеризации взрослого населения: "3.5", "3.6".</p>
	<p>Охват профилактическими осмотрами несовершеннолетних</p>	<p>Темповый график МЗОО для детей:</p> <p>Янв – 4,33%</p> <p>Фев – 11,81%</p> <p>Мар – 20,04%</p> <p>Апр – 29,45%</p> <p>Май – 37,35%</p> <p>Июн – 45,13%</p> <p>Июл – 52,44%</p> <p>Авг – 62,11%</p> <p>Сент – 73,06%</p>	$K_{OH} = \frac{\sum_{oc}}{\sum_{по}}$ , где $K_{oc}$ - охват осмотрами несовершеннолетних; $\sum_{oc}$ - количество условно-осмотренных детей; $\sum_{по}$ - число лиц, подлежащих профилактическим и периодическим осмотрам.	<p>Методы оплаты для определения охвата осмотрами несовершеннолетних "3.2", "3.2.1", "3.2.2", "3.2.3", "3.4.1", "3.4.2", "4.1", "3.7"</p>

		Окт – 83,4% Ноя – 93,91% Дек – 100,0%.		
4	Уровень обращений в неотложной форме	Для взрослых-0,5129 Для детей-0,7319	$У_{НП} = \frac{\sum_{НП}}{\sum_{Счисл}}$ , где $У_{НП}$ - уровень обращений в неотложной форме; $\sum_{НП}$ - число случаев неотложной помощи с привязкой прикрепления к МО; $\sum_{Счисл}$ - численность прикрепленного населения.	Методы оплаты для вида помощи посещений в неотложной форме: "8", "8.1", "10.2" Метод оплаты для ФАП: "10.2";
5	Частота вызовов скорой помощи прикрепленным населением	Для взрослых-0,304 Для детей-0,286	$К_{СМП} = \frac{\sum_{СМП}}{\sum_{Счисл}}$ , где $К_{СМП}$ – доля вызовов скорой медицинской помощи; $\sum_{СМП}$ – общее количество вызовов скорой медицинской помощи; $\sum_{Счисл}$ - численность прикрепленного населения.	Вид помощи: скорая медицинская помощь (СМП); Форма оказания МП: 1 (экстренная) или 2 (неотложная) Исключение - внешние причины оказания СМП: S00-S99, T00-T79.9, T90-T98, V01-V99, W00-Y36; Y85-H87; Y89; Y 90-98; Z55-Z65, Z70-Z76 (по МКБ-10)
6	Уровень госпитализации прикрепленного населения в стационар от общей численности прикрепленного населения	Для взрослых-0,149 Для детей-0,158	$У_{Г} = \frac{\sum_{Г}}{\sum_{Счисл}}$ , где $У_{Г}$ - уровень госпитализации; $\sum_{Г}$ – число случаев госпитализаций прикрепленного населения; $\sum_{Счисл}$ - численность прикрепленного населения.	Для вида помощи – стационар: Исключение: - внешние причины госпитализации: S00-S99, T00-T79.9, T90-T98, V01-V99, W00-Y36; Y85-H87; Y89; Y 90-98; Z55-Z65, Z70-Z76 (по МКБ-10) - роды (КСГ не 4, 5); - ВМП; - реабилитация

7	<p>Охват амбулаторной помощью прикрепленного населения, ранее госпитализированного с диагнозами инфаркт/инсульт (в течение одного месяца после выписки из стационаров)</p>	<p>За норматив принимается значение «лучшего», наибольшего результата в расчётном периоде</p>	<p><math>K_{II} = \frac{\sum_{АПП}}{\sum_{II}}</math>, где</p> <p><math>K_{II}</math> – доля пациентов, которым была оказана амбулаторная помощь в течение одного месяца после случая инфаркта/инсульта;</p> <p><math>\sum_{СМП}</math> – общее количество пациентов, которым была оказана амбулаторная помощь в течение одного месяца после случая инфаркта/инсульта;</p> <p><math>\sum_{II}</math> – количество случаев инфарктов/инсультов с привязкой к прикрепленному населению МО.</p>	<p>Методы оплаты для АП: "1", "3.1"          Случаи госпитализации (инфаркты/инсульты): I21.0-I21.9, I22.0-I22.9, I60- I64 (по МКБ-10), где дата начала случая госпитализации ≤ дата смерти пациента ≤ дата окончания случая госпитализации. Результат госпитализации не 105, (106).</p>
---	--	---	--	--

1.6 Особенности применения амбулаторных тарифов, утвержденных приложением 2.4 к настоящему Соглашению.

~~1.6.1 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-го 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 комплексного обследования ранее.~~

~~1.6.2 Тариф «Комплексное обследование репродуктивных органов у женщин в целях раннего выявления новообразований» применяется при оказании амбулаторной помощи в объеме, предусмотренном соответствующими нормативными документами, не более одного раза в год на каждого обратившегося.~~

~~1.6.3 Тариф законченного случая наблюдения женщин в период беременности включает в себя осмотры врачами: акушером-гинекологом (в среднем 12, но не менее 7-ми раз), терапевтом (не менее 2-х раз), отоларингологом (не менее 1-го раза), офтальмологом (не менее 1-го раза), стоматологом (не менее 2-х раз). 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.~~

~~1.6.4 Тариф ежегодных профилактических осмотров несовершеннолетних и диспансеризации детей-сирот включает в себя профилактический прием врача-стоматолога в декретированные сроки, предусмотренные соответствующими порядками Министерства здравоохранения РФ.~~

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

а) осмотры врачами:

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

б) исследования, проводимые врачами:

функциональной диагностики	- не менее 2-х 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-х 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.

1.6.6 Оказание неотложной помощи в приемном отделении медицинской организации, в которую пациент был впоследствии госпитализирован, не предъявляется на оплату по тарифу «Неотложная помощь», и, соответственно, СМО не оплачивается.

1.6.7 В случае, когда при диспансеризации определенных групп взрослого населения число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации в соответствии с пунктом 14 Порядка проведения диспансеризации (утв. Приказом МЗ РФ от 03.02.2015 №36ан), превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации, первый этап диспансеризации считается завершенным случаем и подлежит предъявлению на оплату с применением коэффициента 0,85 к тарифу, утвержденному настоящим соглашением для соответствующего возраста и пола.

2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

2.1 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 (кроме высокотехнологичной) 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 КСГ 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 по КСГ и стоимости дней обмена/сеансов с учетом их кратности и утвержденной настоящим Соглашением стоимости (приложение 7).

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

2.3 Настоящим соглашением устанавливаются следующие принципы оплаты прерванных случаев оказания стационарной медицинской помощи.

Оплата случаев лечения продолжительностью 3 и менее дней (по причине преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований) осуществляется:

- с применением коэффициента 0,4 к тарифу, утвержденному настоящим тарифным соглашением, для терапевтических КСГ за исключением КСГ 69 «Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии», КСГ 90 «Инфаркт мозга, уровень 2», КСГ 91 «Инфаркт мозга, уровень 3»;

- с применением коэффициента 0,8 к тарифу, утвержденному настоящим тарифным соглашением, для хирургических КСГ (т.е. классификационным критерием отнесения к КСГ является вид оперативного вмешательства), а также КСГ 69 «Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии», КСГ 90 «Инфаркт мозга, уровень 2», КСГ 91 «Инфаркт мозга, уровень 3»;

При оплате случаев лечения продолжительность 3 и менее дней, для целей применения указанных выше коэффициентов, 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
2	Осложнения, связанные с беременностью
3	Беременность, закончившаяся абортным исходом
4	Родоразрешение
5	Кесарево сечение
11	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
12	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)
16	Ангioneвротический отек, анафилактический шок

№ КСГ	Наименование КСГ
84	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
97	Сотрясение головного мозга
146	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
154	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
155	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
159	Замена речевого процессора
160	Операции на органе зрения (уровень 1)
161	Операции на органе зрения (уровень 2)
162	Операции на органе зрения (уровень 3)
163	Операции на органе зрения (уровень 4)
185	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
206	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)
258	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани
287	Операции на органах полости рта (уровень 1)
300	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
302	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
306	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной), 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, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ной оплате.

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 наибольшим коэффициентом.

Оплата госпитализации в стационар в случае последующего перевода в дневной стационар осуществляется по соответствующему тарифу КСГ с применением коэффициента 0,6. Госпитализация (переводом) в дневной стационар оплачивается в полном объеме. Понижающий коэффициент 0,6 не

применяется к стоимости сверхкоротких госпитализаций в стационар, рассчитанной с применением коэффициентов 0,4 и 0,8 для терапевтических и хирургических КСГ соответственно.

2.4 Стационарная помощь в рамках клинко-профильной группы «Неонатология» по тарифам КСГ 105, 106, 107, 111 может быть оплачена при условии выполнения полного случая только медицинским организациям 3 уровня.

В остальных случаях для оплаты оказанной помощи применяются следующие коэффициенты к тарифу КСГ, утвержденному настоящим тарифным соглашением

0,3 – в случае госпитализации в медицинские организации по месту родов с последующим переводом в медицинские организации 2-го уровня (с наличием отделения 2-го этапа выхаживания недоношенных детей и отделения патологии новорожденных) или 3-го уровня;

0,7 - в случае госпитализации в медицинские организации переводом из медицинских организаций 1-го и 2-го уровней.

Указанные понижающие коэффициенты не применяются к стоимости сверхкоротких госпитализаций в стационар, рассчитанной с применением коэффициента 0,4 (для терапевтических КСГ).

2.5 Оплата стационарной помощи по тарифам КСГ 307-315 (реабилитация) и соответствующим подгруппам производится только медицинским организациям, для которых Комиссией по разработке 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 Рэнкин 3-4-5.

Оплата случаев медицинской реабилитации с учетом оценки состояния пациентов по шкале Рэнкин осуществляется по следующим клинко-статистически подгруппам:

КСГ 307.2, КСГ 308.2 при оценке 3;

КСГ 307.1, КСГ 308.1 при оценке 4-5.

Без учета оценки состояния по шкале Рэнкин формируются КСГ 309-315.

2.7 Оплата одного случая госпитализации по двум КСГ: 1 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» или 2 «Осложнения, связанные с беременностью» в сочетании с КСГ 4 «Родоразрешение», а также 1 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» или 2 «Осложнения, связанные с беременностью» в сочетании с КСГ 5 «Кесарево

сечение» возможна при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности или сестринского ухода продолжительностью не менее 6 дней.

При этом оплата по КСГ 2 «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.

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

3.1 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;

Оплата заместительной почечной терапии методом гемодиализа и перитонеального диализа в рамках госпитализации в дневной стационар не осуществляется. В случае необходимости обеспечения заместительной почечной терапии пациентам, находящимся на лечении в дневном стационаре (по любому из профилей) оплата ее осуществляется в соответствии с пп.1.1 настоящего Соглашения в рамках синхронного оказания амбулаторно-поликлинической помощи либо медицинской организацией по месту госпитализации пациента (многопрофильные МО, имеющие в структуре отделения гемодиализа), либо специализированными медицинскими организациями (центрами амбулаторного диализа).

Для оплаты вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО), с учетом риска исключения пациента из программы ЭКО по причине возникновения осложнений на разных этапах лечения, а также с учетом результативности программы применяются тарифы пяти клинико-статистических подгрупп (в рамках КСГ 5 «Экстракорпоральное оплодотворение»), утвержденные настоящим Соглашением.

3.2 Сведения о применяемых способах оплаты медицинской помощи,

оказываемой в условиях дневного стационара, в разрезе медицинских организаций представлены в приложении 1 к настоящему Соглашению.

3.3 Настоящим соглашением устанавливаются следующие принципы оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара.

Оплата случаев лечения продолжительностью 3 и менее дней (по причине преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований) осуществляется:

- с применением коэффициента 0,4 к тарифу, утвержденному настоящим тарифным соглашением, для терапевтических КСГ;

- с применением коэффициента 0,8 к тарифу, утвержденному настоящим тарифным соглашением, для хирургических КСГ (т.е. классификационным критерием отнесения к КСГ является вид оперативного вмешательства).

При оплате случаев лечения продолжительностью 3 и менее дней, для целей применения указанных выше коэффициентов, 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
3	Операции на женских половых органах (уровень <del>затрат</del> 1)
4	Операции на женских половых органах (уровень <del>затрат</del> 2)
6	Искусственное прерывание беременности (аборт)
7	Аборт медикаментозный
36	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
54	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
56	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
57	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
60	Замена речевого процессора
62	Операции на органе зрения (уровень 1)
63	Операции на органе зрения (уровень 2)
64	Операции на органе зрения (уровень 3)
65	Операции на органе зрения (уровень 4)
71	Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения
75	Отравления и другие воздействия внешних причин
102	Операции на органах полости рта (уровень 1)

№ КСГ	Наименование КСГ
108	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
111	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов

3.4 Оплата помощи в дневном стационаре по тарифам КСГ 113-120 (реабилитация) производится только медицинским организациям, для которых Комиссией по разработке ТП ОМС установлен объем предоставления медицинской помощи по позиции «Медицинская реабилитация».

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

4.1 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 (приложение 6.3), при проведении межтерриториальных расчетов и для межучрежденческих расчетов в рамках подушевого финансирования СМП).

- за вызов по тарифу, утвержденному настоящим Соглашением (приложение 6.3), при оказании скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии (ТЛТ) в зависимости от схемы проведения ТЛТ в соответствии с распоряжением Министерства здравоохранения Оренбургской области).

Кроме того, оплата может осуществляться за случай неотложной помощи, оказанной бригадами скорой медицинской помощи в часы работы поликлиник по неотложным поводам, перечень которых утвержден распоряжением Министерства здравоохранения Оренбургской области от 14.10.2014 №2292.

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

4.3 Порядок оплаты скорой медицинской помощи по подушевому принципу

4.3.1 Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи по подушевому принципу осуществляется с учетом половозрастных коэффициентов потребления.

4.3.2 Алгоритм расчета половозрастных коэффициентов потребления скорой медицинской помощи (далее – коэффициенты потребления СМП,  $K_{смп}$ )

и дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения скорой медицинской помощи

а) Коэффициенты потребления СМП (за исключением скорой специализированной, включая медицинскую эвакуацию, медицинской помощи, оказываемой отделениями экстренной консультативной помощи) рассчитываются территориальным фондом ОМС и утверждаются настоящим соглашением не реже одного раза в год.

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

ноль – один год - 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 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 ( $P_i$ ).

Коэффициенты потребления СМП ( $K_{\text{СМП } i}$ ) рассчитываются для каждой половозрастной группы по формуле:

$$K_{\text{СМП } i} = P_i / P$$

б) Расчет базовой ставки подушевого финансового обеспечения скорой медицинской помощи ( $C_{\text{баз}}$ ) в рамках программы ОМС (далее – базовая ставка).

Под базовой ставкой понимается средний (без учета возраста и пола) годовой размер подушевого финансового обеспечения скорой медицинской помощи в рамках программы ОМС, который рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{баз}} = (\text{Нст}_{\text{СМП}} * \text{Ноб}_{\text{СМП}} * K_{\text{диф суб РФ}} * Ч_3 - \text{ОС}_{\text{МТГ}}) / Ч_3, \text{ где}$$

$\text{Нст}_{\text{СМП}}$  – федеральный норматив стоимости единицы скорой медицинской помощи;

$\text{Ноб}_{\text{СМП}}$  – федеральный норматив объемов скорой медицинской помощи;

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

$Ч_3$  – численность застрахованного по ОМС населения субъекта;

$\text{ОС}_{\text{МТГ}}$  – размер средств, направляемых на оплату СМП, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта, где выдан полис ОМС.

Базовая ставка ( $C_{\text{баз}}$ ) имеет две составляющие:

$C_{\text{баз ССМП}}$  – базовая ставка для расчета подушевого финансового обеспечения СМП станциями СМП;

$C_{\text{баз экстр конс}}$  – базовая ставка (подушевой норматив) обеспечения скорой специализированной, включая медицинскую эвакуацию, медицинской помощи, оказываемой отделениями экстренной консультативной помощи, которые, в свою очередь, рассчитываются по формулам:

$$C_{\text{баз ССМП}} = (C_{\text{баз}} * Ч_3 - \text{ОС}_{\text{экстр конс}}) / Ч_3 ;$$

$$C_{\text{баз экстр конс}} = \text{ОС}_{\text{экстр конс}} / Ч_3, \text{ где}$$

$\text{ОС}_{\text{экстр конс}}$  – размер средств, необходимых для оплаты скорой специализированной, включая медицинскую эвакуацию, медицинской помощи, оказываемой отделениями экстренной консультативной помощи.

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

Подушевые нормативы СМП используются для расчета объема финансирования скорой медицинской помощи по подушевому принципу и рассчитываются для каждой **половозрастной группы застрахованных** (i) по формуле:

$$\text{ПН}_{\text{СМП } i} = C_{\text{баз ССМП}} * K_{\text{СМП } i}$$

Подушевые нормативы СМП утверждаются не реже одного раза в год

### III. Размер, структура тарифов на оплату медицинской помощи

Настоящим соглашением устанавливаются:

1. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных



условиях:

1.1 Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы 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 на 2017 год в сумме 3495,09 рубля;

1.2 Базовая ставка подушевого финансового обеспечения амбулаторной помощи на 2017 год (не включающая премиальную составляющую), в размере на 1-го человека в год:

– с 01.01.2017г. - 2307,56 рублей;

– с 01.10.2017г. - 2469,09 рублей;

На период с 01.01.2017г. по 30.06.2017г. (по дате оказания помощи) устанавливается повышающий коэффициент к базовой ставке подушевого финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи - 1,07.

1.4 Половозрастные коэффициенты потребления амбулаторной помощи на 2017 год в соответствии с приложением 2.1 к настоящему Соглашению.

1.5 Дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения амбулаторной помощи на 2017 год в соответствии с приложением 2.2 к настоящему Соглашению.

На период с 01.01.2017г. по 30.06.2017г. (по дате оказания помощи) в связи с индексацией базовой ставки устанавливается повышающий коэффициент к дифференцированным подушевым нормативам финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи – 1,07.

1.6 Коэффициенты дифференциации для медицинских организаций (районных больниц), учитывающие особенности расселения и плотность прикрепленного населения для расчета суммы подушевого финансирования АП-помощи в 2017 году в соответствии с приложением 2.3 к настоящему Соглашению.

1.7 Тарифы за законченный случай оказания помощи в соответствии с приложением 2.4 к настоящему соглашению.

Утвержденные приложением 2.4 амбулаторные тарифы применяются:

- для расчета за медицинскую помощь, объемы которой утверждаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС по разделам:

«МРФ» (при этом тариф законченного случая с лечебно-диагностической целью может применяться только по позициям «онкология», «дерматология», «генетика», «хирургия» (в части обращений к нейрохирургу, сердечно-сосудистому хирургу и челюстно-лицевому хирургу), «терапия» (в части обращений к гематологу) и «педиатрия» (в части обращений к гематологу), ~~«медицинская реабилитация (с применением роботизированной техники)», «медицинская реабилитация (без применения роботизированной техники)», «гематология (подбор противоопухолевой лекарственной терапии)», «комплексное обследование по бесплодному браку (женщины, мужчины)», «углубленное обследование с целью выявления нарушений слуха~~

~~у детей (аудиологический скрининг II этапа», «рентгенотерапия  
близкофокусная»);~~

«Центры здоровья»;

«Диспансеризация взрослого населения I этап и профилактические  
медицинские осмотры взрослого населения»;

«Диспансеризация взрослого населения II этап»;

«Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних,  
диспансеризация детей сирот».

- для осуществления расчетов между медицинскими организациями за  
заказанные амбулаторные услуги в рамках подушевого финансирования  
амбулаторной помощи (кроме тарифа консультативной цели - МРФ);

- для определения размера штрафных санкций в отношении случаев  
оказания медицинской помощи, оплаченной по подушевому принципу, для  
медицинских организаций – балансодержателей;

**1.8** Таблица соответствия врачебных специальностей перечню  
специалистов, применяемому для оплаты АПП-помощи в **2017** году, в  
соответствии с приложением **2.5** к настоящему Соглашению;

**1.9** Классификатор основных медицинских услуг по оказанию  
первичной медико-санитарной специализированной стоматологической  
помощи (в амбулаторных условиях), ~~выраженный в условных единицах  
трудоемкости (УЕТ)~~ в соответствии с приложением **2.6** к настоящему  
Соглашению.

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

2.1 Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи,  
оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации  
Территориальной программы 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 **4 435,19** рублей;

2.2 Базовая ставка, рассчитанная в соответствии с Методическими  
рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств  
обязательного медицинского страхования (письмо МЗ РФ **т** ФФОМС от  
**22.12.2016 №11-8/10/2-8266** и **№ 12578/26/и**) в размере **23 612,48** рубля,  
которая является исходным показателем для расчета тарифов на основе  
клинико-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.

~~На период с 01.01.2017г. по 30.06.2017г. (по дате оказания помощи)  
устанавливается повышающий коэффициент к базовой ставке – 1,05.~~

2.3 Перечень клинико-статистических групп заболеваний и коэффициенты их относительной затратоемкости в соответствии с приложением 3.1 к настоящему Соглашению

2.4 Тарифы за законченный случай лечения на основе клинико-статистических групп болезней в соответствии с приложением 3.2 к настоящему Соглашению.

~~На период с 01.01.2017г. по 30.06.2017г. (по дате оказания помощи) в связи с индексацией базовой ставки устанавливается повышающий коэффициент к тарифам – 1,05.~~

2.5 Поправочные коэффициенты для применения тарифов на основе клинико-статистических групп болезней в соответствии с приложением 3.3 к настоящему Соглашению.

Условием применения коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП) являются:

- для коэффициента, основанием для применения которого является необходимость предоставления спального места и питания законному представителю ребенка (как до 4 лет, так и после 4 лет при наличии медицинских показаний) - указание при формировании реестра счетов в поле «Сопутствующий диагноз «DS2») кода по МКБ Z76.3 «Здоровый человек, сопровождающий больного» (самостоятельно или одним из диагнозов);

- для коэффициента, основанием для применения которого является проведение однотипных операций на парных органах – двукратное указание при формировании реестров счетов кодов хирургических вмешательств из перечня кодов, указанных в приложении 3.3

2.6 Уровни медицинских организаций или их структурных подразделений, применяемые при оплате стационарной медицинской помощи в соответствии с приложением 3.4 к настоящему Соглашению;

2.7 Перечень клинико-статистических групп болезней, при оплате которых не применяются коэффициенты уровня, утвержденные приложением 3.3, в соответствии с приложением 3.5 к настоящему Соглашению;

2.8 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 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, утвержденной постановлением Правительства РФ от 19.12.2016 №1403, с учетом применения к части норматива затрат коэффициента дифференциации 1,09, в соответствии с приложением 4 к настоящему Соглашению.

~~2.9 К тарифу ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» по группам 27 и 28 раздела I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи применяются поправочные коэффициенты в зависимости от количества устанавливаемых коронарных стентов в соответствии с приложением 3.3 к настоящему Соглашению.~~

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

3.1 Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы 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 **766,7** рубль;

3.2 Базовая ставка, которая является исходным показателем для расчета тарифов за один законченный случай на основе клинико-статистических групп болезней (без учета стоимости заместительной почечной терапии методом гемодиализа), в размере:

– с 01.01.2017г. - 9899,06 рубля;

– с 01.10.2017г. – 10394,01 рублей.

На период с 01.01.2017г. по 30.09.2017г. (по дате оказания помощи) устанавливается повышающий коэффициент к базовой ставке – 1,05.

3.3 Тарифы за законченный случай на основе клинико-статистических групп болезней в соответствии с приложением 5.2 к настоящему Соглашению.

На период с 01.01.2017г. по 30.09.2017г. (по дате оказания помощи) в связи с индексацией базовой ставки устанавливается повышающий коэффициент к тарифам – 1,05.

3.4 Поправочные коэффициенты для применения тарифов на основе клинико-статистических групп болезней в соответствии с приложением 5.3 к настоящему Соглашению.

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

4.1 Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы 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 **587,27** рублей;

4.2 Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи:

~~– с 01.01.2017г.~~ в размере **578,75** рублей;

- с 01.10.2017г. – **607,55** рублей, в т.ч.:

- для станций скорой медицинской помощи (базовая ставка)

– с 01.01.2017г. – **576,00** рублей;

- с 01.10.2017г. - **604,8** рубль;

- для скорой специализированной, включая медицинскую эвакуацию, медицинской помощи, оказываемой отделениями экстренной консультативной помощи – **2,75** рубль;

4.3 Половозрастные коэффициенты потребления скорой медицинской помощи на **2017** год в соответствии с приложением 6.1 к настоящему Соглашению;

4.4 Дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения скорой медицинской помощи на **2017** год в соответствии с

приложением 6.2 к настоящему Соглашению;

4.5 Тарифы на вызов скорой медицинской помощи в соответствии с приложением 6.3 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, а также для целей межтерриториальных расчетов.

5. Тарифы на заместительную почечную терапию методом гемодиализа и перитонеального диализа независимо от условий предоставления медицинской помощи (стационар, дневной стационар, амбулаторные условия) за сеанс/день обмена в соответствии с приложением 7 к настоящему Соглашению.

6. Перечень медицинских услуг и их предельная стоимость для расчетов по договорам гражданско-правового характера, осуществляемых медицинскими учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения Оренбургской области, за счёт средств ОМС и перечень медицинских услуг, оказываемых клиничко-диагностическими лабораториями II уровня, а так же предельный размер стоимости таких медицинских услуг для возмещения клиничко-диагностическими лабораториями I уровня соответствующих расходов в соответствии с приложением 8 к настоящему Соглашению.

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

При оплате амбулаторной помощи с консультативной целью для целей межтерриториальных расчетов применяются тарифы:

«Консультативная цель – МРФ» - для медицинских организаций, имеющих статус областных, а также медицинских организаций федерального подчинения;

«Консультативная цель – МУН» - для иных медицинских организаций.

8. Утвержденные настоящим Соглашением тарифы и подушевые нормативы в части расходов на заработную плату 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, врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым 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.

#### **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 приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 №230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» настоящим Тарифным 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**

1. Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2017 года и действует до окончания расчетов за медицинскую помощь, оказанную в период с 1 января по 31 декабря 2017 года.

2. Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с момента их подписания сторонами.

3. В целях обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС и сохранения принципа бюджетной нейтральности тарифы на оплату медицинской помощи и подушевые нормативы финансирования могут быть проиндексированы путем применения коэффициентов индексации, утверждаемых по видам и условиям предоставления медицинской помощи на определенный период Соглашением о внесении изменений в настоящее соглашение.

4. Все приложения к настоящему Тарифному соглашению являются его неотъемлемой частью.

### Подписи сторон:

От Министерства здравоохранения  
области:

заместитель министра -  
М.П.

Г.П.Зольникова

От ТФОМС Оренбургской области:

Директор  
М.П.

В.В.Марковская

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

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

Л.Б.Варавва

Председатель правления Оренбургского  
регионального отделения общероссийской  
общественной организации «Российская  
медицинская ассоциация»  
~~М.П.~~

Р.Г. Гильмутдинов

От Страховых медицинских организаций:

Директор филиала  
АО «МАКС-М» в г.Оренбург  
М.П.

О.И.Синюкова