

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

в системе обязательного медицинского страхования граждан в Оренбургской области на 2025 год

г. Оренбург

27 декабря 2024 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 28.12.2023 г. № 2353 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», приказом Министерства здравоохранения РФ от 10.02.2023 г. № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации, регулирующими правоотношения по предмету настоящего Соглашения между:

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

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Оренбургской области в лице директора Марковской Виктории Викторовны, профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями) в лице председателя Оренбургской областной организации профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации Карпеца Владимира Васильевича,

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;

Заказанная амбулаторная услуга – случай оказания амбулаторной помощи вне МО-балансодержателя, тарифицированный в Тарифном соглашении в системе обязательного медицинского страхования и оплаченный за счет балансодержателя.

ЗПТ – заместительная почечная терапия;

КСГ – клинико-статистическая группа;

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

МЗОО – министерство здравоохранения Оренбургской области;

МЗ РФ – министерство здравоохранения Российской Федерации;

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;

ОМС – обязательное медицинское страхование;

ОПМП – объемы предоставления медицинской помощи;

СМП – скорая медицинская помощь;

СМО – страховая медицинская организация;

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 (далее - молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии/позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии / однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее – ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), на ведение школ для больных сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, 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 и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

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, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;

профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях;

медицинской помощи при ее оказании пациентам с сахарным диабетом

в части ведения школ сахарного диабета;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

Кроме того, за единицу объема медицинской помощи оплачиваются:

комплексное обследование и динамическое наблюдение при оказании помощи в Центрах здоровья, в т.ч. Центрах женского здоровья;

помощь, оказываемая медицинскими организациями в рамках, установленных Комиссией по разработке ТП ОМС объемов представления медицинской помощи по блокам: «АПП – обращения» и «АПП-посещения»;

прочие исследования, проводимые в целях диагностики онкологических заболеваний (кроме указанных в абзаце 2 пп.4.1 настоящего Соглашения);

заместительная почечная терапия;

диспансерное наблюдение детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме.

В рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при финансовом обеспечении первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи выделяются подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по общетерапевтическому профилю, профилям «акушерство и гинекология» и «стоматология».

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

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 общетерапевтического профиля по подушевому принципу

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

Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи общетерапевтического профиля в амбулаторных условиях включает в себя расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, неотложная помощь, обращение в связи с заболеванием за исключением медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема в соответствии с пп.4.1 настоящего Соглашения.

4.3.2 Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения амбулаторной помощи

а) Расчет среднего размера финансового обеспечения и базового подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи (РФО_{ср} и ПН_{баз}).

Средний размер финансового обеспечения амбулаторной помощи утверждается настоящим Соглашением и рассчитывается по формуле:

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

Нст_{амб i} – федеральный норматив стоимости единицы амбулаторной помощи по целям (направлениям);

Ноб_{амб i} – федеральный норматив объемов амбулаторной помощи по целям (направлениям);

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

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

Ч₃ – численность застрахованных граждан, прикрепленных к медицинским организациям для получения ПСМП».

Базовый подушевой норматив утверждается настоящим Соглашением и рассчитывается по формуле:

$$\text{ПН}_{\text{баз}} = (\text{РФО}_{\text{ср}} * \text{Ч}_3 - \text{ОС}_{\text{вне подуш}} - \text{ОС}_{\text{проф}} - \text{ОС}_{\text{рд}}) / (\text{Ч} * \text{СКД}_{\text{от}} * \text{СКД}_{\text{пв обл}}), \text{ где}$$

ОС_{вне подуш} – размер средств на оплату объемов амбулаторной помощи, выведенной из расчета подушевого финансирования амбулаторной помощи общетерапевтического профиля в соответствии с пп. 4.1 и 4.3.1 настоящего Соглашения;

ОС_{проф} – общий объем средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, углубленной диспансеризации и диспансерного наблюдения»;

ОС_{рд} – объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке».

СКД_{от суб} – значение среднего взвешенного по субъекту с учетом численности прикрепленного населения коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

СКД_{пв суб} – значение среднего взвешенного по области с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава.

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

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

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

ноль – до года – М/Ж;

один – четыре года – М/Ж;

пять – семнадцать лет – М/Ж;

восемнадцать лет – шестьдесят четыре года – М/Ж;

65 лет и старше – М/Ж.

Далее на основании реестров счетов определяются затраты на оказание амбулаторной помощи за расчетный период (за исключением позиций, выведенных за рамки подушевого механизма оплаты амбулаторной помощи в соответствии с пп. 4.1 и 4.3.1 настоящего Соглашения) в разрезе половозрастной структуры застрахованных лиц и рассчитывается размер затрат на одно застрахованное лицо (P) без учета возраста и пола по формуле:

$$P = Z / Ч, \text{ где}$$

Z – 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.

С учетом половозрастной структуры и $K_{Д_{пви}}$ по медицинским организациям рассчитывается коэффициент половозрастного состава ($СКД_{пви}$) по формуле:

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

$Ч_{i_{пв}}$ – 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:

$$\text{ПНА}_i = \text{ПН}_{\text{баз}} * \text{СКД}_{\text{пви}} * \text{КУ}_{\text{МО}} * \text{К}_{\text{дк}} * \text{КД}_{\text{от}}, \text{ где}$$

$\text{КУ}_{\text{МО}}$ – коэффициент уровня расходов медицинской организации, установленный настоящим Соглашением для групп медицинских организаций;

$\text{К}_{\text{дк}}$ – коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников.

$\text{КД}_{\text{от}}$ – коэффициент дифференциации на прикрепившихся лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, установленный настоящим Соглашением»;

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

4.4.1 Финансовое обеспечение гинекологической помощи осуществляется по подушевому принципу.

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

- диспансерное наблюдение за взрослым женским населением врачом акушером-гинекологом;
- комплексное обследование по бесплодному браку (женщины) в медицинских организациях, которым Комиссией по разработке ТП ОМС утверждены объемы предоставления медицинской помощи по соответствующей позиции;
- комплексное обследование репродуктивных органов у женщин в целях раннего выявления новообразований в БМДЦЖЗ "Белая роза";
- диспансеризацию для оценки репродуктивного здоровья женщин.

4.4.2 Расчет базового подушевого норматива, половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива (далее – половозрастные коэффициенты для гинекологической помощи, $\text{КД}_{\text{гинек}}$) и дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения гинекологической помощи:

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

$$C_{\text{гин баз}} = (OC_{\text{гин}} - OC_{\text{рд}}) / (Ч_3 * СКД_{\text{от}} * СКД_{\text{пв обл}}), \text{ где}$$

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

$OC_{\text{рд}}$ – объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке».

$СКД_{\text{от суб}}$ – значение среднего взвешенного по субъекту с учетом численности прикрепленного населения коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

$СКД_{\text{пв суб}}$ – значение среднего взвешенного по области с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава.

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

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

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

ноль-до года - Ж;

один год-четыре года - Ж;

пять-семнадцать лет - Ж;

восемнадцать лет – шестьдесят четыре года - Ж;

65 лет и старше - Ж.

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

$$P = Z / Ч, \text{ где}$$

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

$Ч$ – численность застрахованных лиц.

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

Половозрастные коэффициенты ($K_{Д_{гин}}$) рассчитываются для каждой возрастной группы по формуле:

$$K_{Д_{гин\ i}} = P_i / P.$$

В случае, если расчетный половозрастной коэффициент для группы женщин 65 лет и старше составляет менее 1,6, значение коэффициента принимается равным 1,6.

С учетом половозрастной структуры и $K_{Д_{гин}}$ по медицинским организациям рассчитывается коэффициент половозрастного состава ($СКД_{гин\ i}$) по формуле:

$$СКД_{гин\ i} = \sum (K_{Д_{гин}} * Ч_{з\ i\ пв}) / Ч_{з\ мо}, \text{ где}$$

$Ч_{з\ i\ пв}$ – численность застрахованных i -той возрастной 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 гинекологической помощи ($ПН_{гин\ i}$) в рамках программы ОМС по подушевому принципу (далее – дифференцированные подушевые нормативы).

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

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

$KУ_{мо}$ – коэффициент уровня расходов медицинской организации, установленный настоящим Соглашением для медицинских организаций.

$K_{дк}$ – коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников.

$K_{Д_{от}}$ – коэффициент дифференциации на прикрепившихся лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, установленный настоящим Соглашением;

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

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

4.5.1 Финансовое обеспечение стоматологической помощи осуществляется по подушевому принципу.

Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает расходы на оплату стоматологической медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования за исключением

осмотров стоматолога в рамках проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, диспансеризации детей-сирот, наблюдения беременных женщин.

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

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

$$C_{\text{стом баз}} = (OC_{\text{стом}} - OC_{\text{рд}}) / (Ч_3 * SKD_{\text{от}} * SKD_{\text{пв обл}})_3, \text{ где}$$

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

$OC_{\text{рд}}$ – объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке».

$SKD_{\text{от суб}}$ – значение среднего взвешенного по субъекту с учетом численности прикрепленного населения коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

$SKD_{\text{пв суб}}$ – значение среднего взвешенного по области с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава.

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

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

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

ноль-до года – М/Ж;

один год-четыре года – М/Ж;

пять-семнадцать лет – М/Ж;

восемнадцать лет – шестьдесят четыре года – М/Ж;

65 лет и старше – М/Ж.

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

$P=3/Ч$, где

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

Ч – численность застрахованных лиц.

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

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

$$КД_{\text{стом } i} = P_i/P.$$

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.

С учетом половозрастной структуры и $КД_{\text{стом}}$ по медицинским организациям рассчитывается коэффициент половозрастного состава ($СКД_{\text{стом } i}$) по формуле:

$$СКД_{\text{стом } i} = \sum(КД_{\text{стом}} * Ч_{zi \text{ пв}}) / Ч_{z \text{ мо}}, \text{ где}$$

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

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

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

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

$$ПН_{\text{стом } i} = С_{\text{стом баз}} * СКД_{\text{стом } i} * КУ_{\text{мо}} * К_{\text{дк}} * КД_{\text{от}}, \text{ где}$$

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

$К_{\text{дк}}$ – коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников.

$КД_{\text{от}}$ – коэффициент дифференциации на прикрепившихся лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, установленный настоящим Соглашением.

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.

4.6 Особенности оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях вне МО-балансодержателя.

В рамках подушевого механизма финансирования амбулаторной помощи реализуется система взаиморасчетов между медицинскими организациями по заказанным услугам.

Заказанная услуга – это случай оказания амбулаторной помощи вне МО-балансодержателя, тарифицированный в Тарифном соглашении в системе ОМС и оплаченный балансодержателем, по его направлению или без направления в установленных ниже случаях.

Без направления балансодержателя и за его счет может быть оплачена медицинская помощь:

а) в рамках подушевого финансирования амбулаторной помощи общетерапевтического профиля:
медицинская помощь по специальности «дерматовенерология»;
медицинская помощь в неотложной форме;
катamnестическое наблюдение за детьми с перинатальной патологией;
профилактическая помощь в части осмотра до и после вакцинации в случаях ее проведения по месту работы, нахождения в организованных детских коллективах;

б) в рамках подушевого финансирования амбулаторной помощи по профилю «акушерство и гинекология» - медицинская помощь одноименного профиля в неотложной форме и при наблюдении женщин в период беременности (метод оплаты 3.3.1 и 3.3.2) в медицинских организациях, имеющих прикрепленное по гинекологическому профилю население;

в) в рамках подушевого финансирования амбулаторной помощи по профилю «стоматология» - медицинская помощь по неотложному поводу по следующему перечню кодов МКБ-10: K00.6, K00.7, K04.0, K04.1, K04.2, K04.4, K04.5, K04.6, K04.7, K05.0, K05.2, K08.3, K10.3, K11.2, K11.5, K12.0, K12.1, S00.5, S00.7, S00.9, S02.5, S02.50, S02.51, S02.52, S03.2, K05.3, K10.2, K12.2, K14.0, T18.0, T81.0, T81.4.

Оказание амбулаторной помощи гражданам, осуществившим право выбора (замены) медицинской организации в течение месяца, но учтенным в реестре прикрепленного населения другой медицинской организации на первое число этого месяца, с момента прикрепления не является заказанной услугой и дополнительно медицинской организации нового прикрепления не оплачивается. При обработке ТФОМС сведений об оказанной медицинской помощи в амбулаторных условиях за отчетный период идентификация пациента по месту прикрепления для целей взаиморасчетов по заказанным услугам осуществляется на дату оказания медицинской помощи.

4.7 Порядок премирования медицинских организаций – балансодержателей

Источником финансового обеспечения премиальных выплат в рамках реализации подушевого принципа оплаты амбулаторной помощи (по общетерапевтическому профилю, профилям «стоматология», «акушерство и гинекология») является исключенная из расчета базового подушевого норматива

часть средств в размере 5%.

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

Оценка работы амбулаторной службы МО-балансодержателей осуществляется ежеквартально, по блокам и перечню показателей в соответствии с приложением 2.19 к настоящему Соглашению.

К оценке принимаются случаи оказания медицинской помощи с учетом результатов медико-экономического контроля.

Оценка показателей результативности производится по уровню достижения целевого показателя или по динамике показателя по отношению к аналогичному периоду прошлого года с выбором в пользу наибольшего из полученных результатов (в баллах).

По каждому блоку с учетом фактического выполнения показателей, где выполненным считается показатель со значением не равным 0, медицинские организации распределяются на три группы: I - выполнившие до 40 процентов показателей, II - от 40 (включительно) до 60 процентов показателей, III - от 60 (включительно) процентов показателей.

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности, также разделяется на блоки и в рамках каждого блока складывается из двух частей:

1-я часть - 70 процентов от объема средств, которые распределяются среди медицинских организаций II и III групп пропорционально средней за период численности прикрепленного населения.

2-я часть - 30 процентов от объема средств, которые распределяются среди медицинских организаций III группы пропорционально абсолютному количеству набранных соответствующими медицинскими организациями баллов.

Если по итогам года отсутствуют медицинские организации, включенные в III группу, средства, предназначенные для осуществления стимулирующих выплат медицинским организациям III группы, распределяются между медицинскими организациями II группы в соответствии с установленной методикой (с учетом численности прикрепленного населения).

Общий объем средств, направляемых в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности определяется путем суммирования 1 и 2 частей, а для медицинских организаций I группы равняется нулю.

Выплаты стимулирующего характера медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, производятся по итогам года (за период с 01.12.2024г. по 30.11.2025г.) в полном объеме при выполнении следующих условий:

- снижения показателей смертности прикрепленного к ней населения в возрасте от 30 до 69 лет (за исключением смертности от внешних причин) и (или) смертности детей в возрасте от 0 - 17 лет (за исключением смертности от внешних причин)

- выполнение объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно), установленных решением Комиссии, на 90,00% и более.

При соблюдении первого условия, но выполнении объемов предоставления медицинской помощи на 60,00-89,99%% выплаты производятся с понижающим коэффициентом, соразмерным проценту выполнения объемов.

При невыполнении хотя бы одного из двух условий стимулирующие выплаты медицинской организации не осуществляются.

4.8 Финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов.

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

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

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

Для ФП/ФАП, обслуживающих менее 100 жителей, размер финансового норматива обеспечения ФАП на 2025 год утверждается с применением понижающего поправочного коэффициента к размеру финансового обеспечения ФАП с численностью от 101 до 900 жителей, для ФП/ФАП, обслуживающих более 2000 жителей - с применением повышающего поправочного коэффициента к размеру финансового обеспечения ФАП с численностью от 1501 до 2000 жителей.

В случае оказания медицинской помощи ФП/ФАП женщинам репродуктивного возраста, но при отсутствии в них акушеров, полномочия по работе с такими женщинами осуществляются фельдшером или медицинской сестрой (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем), при этом размер финансового обеспечения ФП/ФАП устанавливается с учетом повышающего коэффициента, рассчитываемого по формуле:

$$K_{\text{женРВ}} = 1 + (Ч_{\text{женРВ}} * 20 * \text{ФОТ}_{\text{мин.}}) / (Н_{\text{ф}} * K_{\text{Сф}} \text{ без учета } K_{\text{женРВ}}),$$

где

$K_{\text{женРВ}}$ – повышающий коэффициент в составе коэффициента специфики, учитывающий работу с женщинами репродуктивного возраста;

$Ч_{\text{женРВ}}$ – численность женщин репродуктивного возраста;

20 – время работы в минутах на 1 женщину в год;

ФОТ_{мин.} – заработная плата среднего медицинского персонала с начислениями в расчете на одну минуту;

Н_ф – норматив финансового обеспечения ФП/ФАП;

КС_ф без учета К_{женРВ} – показатель в составе коэффициента специфики, учитывающий укомплектованность ФАП кадрами.

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

4.9 Особенности применения амбулаторных тарифов, утвержденных настоящим Соглашением

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

4.9.2 Тарифы на комплексное посещение при диспансерном наблюдении пациентов с хроническими заболеваниями (кроме онкологических заболеваний, сахарного диабета и болезней системы кровообращения) учитывают все диагностические исследования, предусмотренные порядками, стандартами, клиническими рекомендациями, за исключением исследований, тарифицированных отдельно и оплачиваемых в рамках установленных объемов на их проведение. Также в тариф не включены консультации врачей других специальностей.

Случаи диспансерного наблюдения с методом оплаты 8.2.2, 8.2.3, 8.2.9-8.2.12 могут предъявляться на оплату только врачом-кардиологом.

Тариф комплексного посещения при диспансерном наблюдении пациентов с онкологическими заболеваниями, сахарным диабетом или болезнями системы кровообращения, а также детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, складывается из установленной настоящим Соглашением стоимости осмотров, диагностических исследований, предусмотренных стандартами оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи, фактически проведенных в каждом конкретном случае (комплексном посещении).

При диспансерном наблюдении пациентов, имеющих несколько диагнозов из числа болезней системы кровообращения (до четырех включительно) возможно проведение и предъявление на оплату всего диагностического объема в составе одного амбулаторного случая. При этом в случае указываются все диагнозы, по которым проводится диспансерное наблюдение, а основной диагноз и метод оплаты выбирается по ведущему заболеванию на момент оказания помощи. Стоимость услуги «Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача...» выбирается из числа утвержденных для оплаты позиций в зависимости от количества диагнозов в случае.

Оплата случаев диспансерного наблюдения, не включенных в соответствии с настоящим Соглашением в перечень методов оплаты 8.1.(.) - 8.5.(.), осуществляется по тарифу диспансерного наблюдения в рамках подушевого финансирования (метод оплаты 3.1).

4.9.3 Тарифы «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях учитывают перечень, объем и кратность услуг в соответствии с соответствующим Распоряжением министерства здравоохранения Оренбургской области.

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

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

4.9.5 Тариф «Прием (осмотр, консультация) врача-диетолога» применяется при оплате медицинской помощи, оказываемой ГБУЗ «ООЦОЗМП», по направлению лечащего врача.

4.9.6 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: C81-C96, включающие:

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

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

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

Оплата законченного случая производится поэтапно (ежемесячно) в размере:

- тарифа первого этапа;
- тарифа на последующие этапы.

Общее количество этапов для целей оплаты не должно превышать семи.

4.9.9 Неотложная помощь в приемном отделении медицинской организации, в которую пациент был впоследствии госпитализирован, не подлежит предъявлению в реестре счетов.

4.9.10 Тариф «Комплексное обследование репродуктивных органов у женщин в целях раннего выявления новообразований» применяется при оказании амбулаторной помощи в благотворительном медицинском диагностическом

центре женского здоровья «Белая роза» в объеме, предусмотренном соответствующими нормативными документами, не более одного раза в год.

4.9.11 Тариф «Катамнестическое наблюдение за детьми с перинатальной патологией» применяется для оплаты помощи, оказываемой кабинетами катамнеза, с учетом категории сложности пациентов и кратности наблюдений, предусмотренных распоряжением Министерства здравоохранения Оренбургской области от 22.03.2024 г. № 600 «Об утверждении порядка работы кабинета катамнестического наблюдения для детей с перинатальной патологией и признании утратившим силу распоряжения министерства здравоохранения Оренбургской области от 05.12.2018 №2685».

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

4.9.13 Оплата диагностических исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, прочих исследований, проводимых в целях диагностики онкологических заболеваний (кроме указанных в абзаце 2 пп.4.1 настоящего Соглашения), проводимых пациентам, получающим амбулаторное лечение, осуществляется медицинским организациям, которым Комиссией по разработке ТП ОМС утвержден план на проведение этих исследований, при наличии направлений лечащего врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, по тарифам, утвержденным настоящим Соглашением.

4.9.14 Оплата компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии в случае проведения исследования двух и более анатомических областей/органов одновременно осуществляется за каждое проведенное исследование. При этом только для одного из этих случаев может применяться тариф, учитывающий применение контрастного вещества или использование анестезиологического пособия.

4.9.15 Оплата маммографии (включая второе чтение), жидкостной цитологии и исследования кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (количественно) в рамках проведения диспансеризации определенных групп населения (приказ МЗ РФ от 27.04.2021 г. № 404н) не включены в тариф диспансеризации и оплачиваются отдельно медицинским организациям, имеющим план на проведение данных исследований (как в медицинской организации по месту проведения диспансеризации, так и вне ее) по тарифам, утвержденным настоящим Соглашением, и при наличии направления от медицинской организации, проводящей диспансеризацию.

4.9.16 Поправочный (повышающий) коэффициент к тарифам на проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (за исключением 2

этапа), установленный настоящим Соглашением, применяется при их проведении:

- мобильными медицинскими бригадами – при условии, если мобильная бригада сформирована и оснащена в соответствии с Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 г. №543н (приложения №№ 8 и 24);

- в выходные/праздничные дни (в соответствии с производственным календарем на 2025 год) – при условии, если профилактический медицинский осмотр или диспансеризация проведены в течение выходных дней в полном объеме.

4.9.17 Оплата амбулаторной стоматологической медицинской помощи для целей формирования реестров счетов и для расчетов за оказанную помощь не по месту прикрепления осуществляется за посещение с учетом условных единиц трудоемкости (далее – УЕТ) и с соблюдением принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение .

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге для определения стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях установлено настоящим Тарифным соглашением в соответствии с рекомендациями ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» при участии главного внештатного специалиста стоматолога МЗ РФ, ректора Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова О.О. Янушевича.

4.9.18 Оплата заместительной почечной терапии методом гемодиализа в амбулаторных условиях осуществляется за законченный случай, которым является один календарный месяц (или период(ы) в рамках календарного месяца) по тарифу, рассчитанному с учетом количества сеансов за период лечения, и утвержденной 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.

Оплата заместительной почечной терапии методом 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 дней обмена за период лечения, и утвержденной Соглашением стоимости дней обмена.

4.9.19 Медицинская помощь в школах сахарного диабета оплачивается за единицу объема - комплексное посещение (в расчете на 1-го пациента при групповых занятиях), включающее в среднем:

- 5 занятий по 4 часа и проверку дневников самоконтроля - для сахарного диабета 1 типа;

- 5 занятий по 3 часа и проверку дневников самоконтроля - для сахарного диабета 2 типа;

- 10 занятий по 2 часа и проверку дневников самоконтроля - для сахарного диабета у несовершеннолетних.

4.9.20 Тариф «Консультативно-диагностический комплекс для подтверждения хронического вирусного гепатита С» используется для оплаты обследования пациентов на базе ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая инфекционная больница» с целью назначения противовирусной терапии. Комплекс включает в себя:

- два посещения к врачу-инфекционисту (в среднем);
- фиброэластометрию печени;
- исследование крови на выявление РНК вируса гепатита С методом ПЦР (качественное исследование);
- определение генотипа вируса гепатита С.

4.9.21 Тарифы на диспансеризацию взрослого населения для оценки репродуктивного здоровья включают перечень исследований согласно приложению №6 к ППГ и соответствуют Методическим рекомендациям по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья, утвержденным МЗ РФ от 29.03.2024 г.

В рамках выполнения второго этапа диспансеризации с целью оценки репродуктивного здоровья мужчин (метод оплаты 6.6.1) допускается выборочно в качестве биологического материала использовать эякулят, отделяемое из уретры (соскоб из уретры), первую порцию мочи, секрет предстательной железы.

4.9.22 Консультирование медицинским психологом по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и/или состоянием, пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период, оплачивается в составе тарифа за соответствующую единицу медицинской помощи по профилю основного заболевания (обращения, Д-наблюдения, наблюдения за беременностью и пр.).

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:

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

– за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при

злокачественных новообразований, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, установленных настоящим Соглашением, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в стационарных условиях оплата осуществляется за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации.

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

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

КСГ	Доля оплаты	
	Прерван в срок до 3-х дней вкл.	Прерван в срок более 3-х дней
Случаи госпитализации, не предполагающие хирургическое лечение (вмешательство) или тромболитическую терапию	0,4	0,8
Случаи госпитализации с проведением хирургического лечения (вмешательства) или тромболитической терапии	0,8	0,9

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

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

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

Случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, оплачиваются как прерванные.

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

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

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

а) st01.001 «Беременность без патологии, родовая госпитализация в отделение сестринского ухода» или st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» в сочетании с КСГ st02.003 «Родоразрешение», а также st01.001 «Беременность без патологии, родовая госпитализация в отделение сестринского ухода» или st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» в сочетании с КСГ st02.004 «Кесарево сечение» в случаях, если родовая госпитализация 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.

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

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

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

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

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

ж) Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

Выставление случая только по КСГ st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)» без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3) с пересекающимися сроками лечения не допускается.

з) Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпункте 5.4 настоящего соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменении условий оказания медицинской помощи с круглосуточного стационара на дневной стационар и переводе пациента в другую медицинскую организацию.

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

5.5 Оплата стационарной помощи по тарифам КСГ №№ st37.001-st37.030 (медицинская реабилитация) производится только медицинским организациям, имеющим соответствующую лицензию, для которых Комиссией по ТП ОМС установлен объем предоставления медицинской помощи по позициям «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 st36.027- st36.047 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1-20)» не применяются при диагнозе D69.3 «Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура».

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).

5.9 В состав тарифов клинико-статистических групп в круглосуточном стационаре включены расходы на проведение патолого-анатомических вскрытий (посмертных патолого-анатомических исследований внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования.

5.10 Оплата по тарифам КСГ st27.008 - st27.009 «Другие болезни сердца» (уровень 1 - 2 с подуровнями 1 и 2) производится в соответствии с условиями распоряжения МЗОО от 28.10.2024 г. № 2206 «О совершенствовании стационарной медицинской помощи при острой декомпенсации сердечной недостаточности в Оренбургской области».

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 случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, установленных настоящим Соглашением, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

Оплата заместительной почечной терапии в условиях дневного стационара осуществляется за услугу диализа и, при необходимости, в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание. При проведении заместительной почечной терапии методом гемодиализа применение двух тарифов (за сеанс и транспортировку) одновременно является обязательным условием предъявления услуги на оплату.

При оплате медицинской помощи в условиях дневного стационара коэффициент уровня для всех медицинских организаций установлен в значении, равном 1.

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

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

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

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

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

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

6.4 Оплата помощи в дневном стационаре по тарифам КСГ ds37.001-ds37.019 (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 Тарифы по КСГ ds36.001 «Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина» и ds36.014-ds36.034 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1-20)» не применяются при диагнозе D69.3 «Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура».

6.7 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;
- за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

Кроме того, оплата за вызов осуществляется в случае:

- оказания 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 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 размера финансового обеспечения и базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи ($C_{\text{ср}}$ и $C_{\text{баз}}$).

Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи утверждается Соглашением не реже одного раза в год и рассчитывается по формуле:

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

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

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

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

$Ч_3$ – численность застрахованного по ОМС населения субъекта, учтенного при расчете территориальной программы ОМС на 2025 год;

$OC_{\text{МТР}}$ – 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:

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

$OC_{\text{выз}}$ – размер средств, направляемых на оплату СМП за вызов.

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

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

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

ноль-до года – М/Ж;

один год-четыре года – М/Ж;

пять-семнадцать лет – М/Ж;

восемнадцать-шестьдесят четыре года – М/Ж;

шестьдесят пять лет и старше – М/Ж.

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

$$P = B * T / Ч, \text{ где}$$

B – фактическое количество вызовов СМП за расчетный период;

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

Ч – численность застрахованных лиц.

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

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

$$K_{Д_{СМП\ i}} = P_i / P.$$

С учетом половозрастной структуры и $K_{Д_{пви}}$ по медицинским организациям рассчитывается коэффициент половозрастного состава ($СКД_{пви}$) 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, обслуживаемых i -той медицинской организацией;

$Ч_{з\ мо}$ – численность застрахованных, обслуживаемых i -той медицинской организацией.

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

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

$$ПН_{СМП\ i} = C_{баз\ ССМП} * СКД_{пви} * КУ_{мо} * K_{дк} * K_{Д_{пн}}, \text{ где}$$

$KУ_{мо}$ – коэффициент уровня расходов медицинской организации. Для всех медицинских организаций его значение устанавливается равным 1;

$K_{дк}$ – коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников.

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.

III. Размер, структура тарифов на оплату медицинской помощи

Настоящим соглашением устанавливаются

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

8.1 Средний размер финансового обеспечения амбулаторной помощи в размере 8 728,57 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 7 899,16 рубля);

8.2 Базовый подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи без учета средств, направляемых на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (за исключением

ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЯМ «акушерство и гинекология», «стоматология») в размере 2 468,32 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 2 233,77 рубля);

8.3 Половозрастные коэффициенты дифференциации ($K_{Д_{пвi}}$), коэффициенты уровня расходов медицинских организаций ($K_{У_{мо}}$), коэффициенты дифференциации на прикрепившихся лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала ($K_{Д_{от}}$) в соответствии с приложением 2.1 к настоящему Соглашению.

8.4 Коэффициенты дифференциации подушевого норматива и подушевые нормативы финансового обеспечения амбулаторной помощи (за исключением помощи по профилям «акушерство и гинекология», «стоматология») на 2025 год для МО-балансодержателей в соответствии с приложением 2.2 к настоящему Соглашению.

8.5 Базовый (средний) подушевой норматив финансирования гинекологической помощи без учета средств, направляемых на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности, в размере 581,72 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 526,44 рубля).

8.6 Половозрастные коэффициенты дифференциации ($K_{Д_{гинi}}$), коэффициенты уровня расходов медицинских организаций ($K_{У_{мо}}$), коэффициенты дифференциации на прикрепившихся лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала ($K_{Д_{от}}$) в соответствии с приложением 2.3 к настоящему Соглашению.

8.7 Коэффициенты дифференциации подушевого норматива и подушевые нормативы финансового обеспечения гинекологической помощи на 2025 год для МО-балансодержателей в соответствии с приложением 2.4 к настоящему Соглашению.

8.8 Базовый (средний) подушевой норматив финансирования стоматологической помощи без учета средств, направляемых на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности, в размере 575,80 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 521,09 рубля).

8.9 Половозрастные коэффициенты дифференциации ($K_{Д_{стомi}}$), коэффициенты уровня расходов медицинских организаций ($K_{У_{мо}}$), коэффициенты дифференциации на прикрепившихся лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала ($K_{Д_{от}}$) в соответствии с приложением 2.5 к настоящему Соглашению.

8.10 Коэффициенты дифференциации подушевого норматива и подушевые нормативы финансового обеспечения стоматологической помощи на 2025 год для МО-балансодержателей в соответствии с приложением 2.6 к настоящему

Соглашению.

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

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

8.13 Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, диспансеризации детей-сирот, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп населения (в т.ч. некоторые диагностических исследований), а также поправочные (повышающие) коэффициенты, применяемые к тарифам в случае проведения указанных мероприятий мобильными медицинскими бригадами или в выходные дни, в соответствии с приложением 2.9.1 к настоящему Соглашению.

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

8.14 Тарифы медицинских услуг и соответствие методов оплаты комплексным посещениям в рамках диспансеризации взрослого населения для оценки репродуктивного здоровья в соответствии с приложением 2.9.2 к настоящему Соглашению.

8.15 Тарифы на комплексное посещение при диспансерном наблюдении пациентов с хроническими заболеваниями в соответствии с приложениями 2.10.1, 2.10.2 и 2.10.3 к настоящему Соглашению.

8.16 Тарифы на исследования и медицинские вмешательства, выполняемые в рамках проведения углубленной диспансеризации в соответствии с приложением 2.11 к настоящему Соглашению.

8.17 Тарифы УЕТ и среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для расчета стоимости случая оказания первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях в соответствии с приложением 2.8 к настоящему Соглашению.

8.18 Финансовые нормативы обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов на 2025 год в зависимости от численности обслуживаемого населения и коэффициенты специфики к размеру финансового обеспечения для фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, не соответствующих требованиям, установленным нормативным правовым актом Минздрава России, в соответствии с приложением 2.13 к настоящему Соглашению.

8.19 Перечень фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого населения, и размер их финансового обеспечения в соответствии с приложением 2.14 к настоящему Соглашению.

8.20 Тарифы диагностических исследований, проводимых амбулаторно и выведенных из подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи в соответствии с приложением 2.15 к настоящему Соглашению.

8.21 Показатели оценки результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь общетерапевтического

профиля в амбулаторных условиях в соответствии с приложением 2.16 к настоящему Соглашению;

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

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

8.24 Используемые показатели результативности деятельности медицинских организаций при расчёте премии по блокам и перечню показателей на 2025г. с приложением 2.19 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 9 850,37 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 8 914,36 рубля).

9.2 Базовая ставка, рассчитанная в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, которая является исходным показателем для расчета тарифов на основе клинико-статистических групп болезней без учета коэффициента дифференциации в размере 33 444,53 рубля.

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).

9.3 Перечень клинико-статистических групп заболеваний, коэффициенты их относительной затратоемкости, коэффициенты специфики и тарифы за законченный случай лечения в условиях стационара на основе клинико-статистических групп болезней (включая КСГ, для которых коэффициенты дифференциации, уровня и специфики применяются к доле заработной платы и прочих расходов) в соответствии с приложением 3.1 к настоящему Соглашению.

9.4 Коэффициенты уровня и уровни медицинских организаций или их структурных подразделений, применяемые при оплате стационарной медицинской помощи, в соответствии с приложением 3.2 к настоящему Соглашению

9.5 Коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) и условия их применения в соответствии с приложением 3.3 к настоящему Соглашению.

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

9.6 Перечень клинико-статистических групп болезней, при оплате которых не применяются коэффициенты уровня, в соответствии с приложением 3.4 к настоящему Соглашению.

9.7 Перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний) с оптимальной длительностью лечения в условиях круглосуточного стационара до 3 дней включительно в соответствии с приложением 3.5 к настоящему Соглашению.

9.8 Тарифы на оплату за законченный случай высокотехнологичной специализированной медицинской помощи по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов ВМП 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 2 274,36 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 2 058,24 рубля);

10.2 Базовая ставка, которая является исходным показателем для расчета тарифов за один законченный случай на основе клинико-статистических групп болезней, без учета коэффициента дифференциации – в размере 18 166,64 рубля за один законченный случай.

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

10.4 Коэффициенты сложности лечения пациента и условия их применения в соответствии с приложением 5.2 к настоящему Соглашению.

10.5 Перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний) с оптимальной длительностью лечения в условиях дневного стационара до 3 дней включительно в соответствии с приложением 5.3 к настоящему Соглашению.

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

11.1 Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи в размере 1 339,97 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 1 212,64 рубля)

11.2 Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи в размере 1 322,21 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 1 196,57 рубля);

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

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

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

12. Базовый тариф на оплату гемодиализа (соответствующий коду услуги A18.05.002 «Гемодиализ») в размере 6 548,97 рубля (без учета коэффициента дифференциации к зарплатной части – 5 926,67 рубля) и на оплату перитонеального диализа (соответствующий коду услуги A18.30.001 «Перитонеальный диализ») в размере 5 314,44 рубля (без учета коэффициента дифференциации к зарплатной части – 4 809,45 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 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 и перечень медицинских услуг, оказываемых в централизованной лаборатории ГАУЗ "ООКБ им.В.И.Войнова", и предельный размер возмещения расходов для расчетов с централизованной лабораторией ГАУЗ "ООКБ им.В.И.Войнова" 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, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, 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 четырехсот тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

В части расходов на заработную плату тарифы и подушевые нормативы включают в себя финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

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

медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

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

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

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

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

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

В целях реализации пп. 153-155 приказа Минздрава России от 28.02.2019 г. №

108Н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования», приказа Минздрава России от 19.03.2021г. N 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения», настоящим Соглашением устанавливается Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в рамках отношений по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с приложением 9 к настоящему Соглашению.

V. Заключительные положения

16. Соглашение вступает в силу с 1 января 2025 года и действует до окончания расчетов за медицинскую помощь, оказанную в период с 1 января по 31 декабря 2025 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:

Виде-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.



В.В. Карпец

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