

**ГЕНЕРАЛЬНОЕ ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**  
в системе обязательного медицинского страхования граждан  
в Оренбургской области на 2015 год

г. Оренбург

19 января 2015г.

**1. Общие положения**

1.1 Настоящее Соглашение заключено на основании ст.30 Федерального закона от 29 ноября 2010г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» между:

Министерством здравоохранения Оренбургской области в лице министра Семивеличенко Тамары Николаевны,

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Оренбургской области в лице директора Ермаковой Жанны Анатольевны, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями или их ассоциациями (союзами) и профессиональными союзами медицинских работников или их объединений (ассоциаций) в лице председателя Оренбургской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Варавва Людмилы Борисовны, председателя правления Оренбургского регионального отделения общероссийской общественной организации «Российская медицинская ассоциация» Гильмутдинова Рината Гаптрауфовича, заместителя председателя Совета общественных организаций по защите прав пациентов и независимой оценке качества предоставления медицинских услуг Трофимовой Татьяны Васильевны,

страховыми медицинскими организациями, работающими в системе обязательного медицинского страхования Оренбургской области в лице директора филиала ООО «Страховая компания «Ингосстрах-М» в г.Оренбурге Варламова Олега Анатольевича, директора Оренбургского филиала ОАО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Кириллова Владимира Анатольевича и руководителя филиала ЗАО «МАКС-М» в г.Оренбург Синюковой Ольги Ивановны, именуемыми в дальнейшем сторонами

1.2 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).

**2. Способы оплаты медицинской помощи**

2.1 Оплата медицинской помощи в системе ОМС Оренбургской области осуществляется в соответствии с Постановлением Правительства области от 25.12.2014г. №1004-п «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Оренбургской области медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», Регламентом оплаты медицинской помощи при реализации программы обязательного

медицинского страхования на 2015 год (далее – Регламент оплаты на 2015 год), настоящим Соглашением.

2.2 Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам в Оренбургской области по Программе ОМС медицинскими организациями (МО), производится по тарифам, установленным за единицу объема медицинской помощи или по подушевому нормативу.

Тариф на медицинскую помощь – оплачиваемая медицинской организации за счет средств обязательного медицинского страхования часть себестоимости единицы медицинской помощи, включающая статьи расходов, предусмотренные Постановлением Правительства области от 25.12.2014г. №1004-п «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Оренбургской области медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

2.3 При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие основные методы оплаты медицинской помощи:

при оплате скорой медицинской помощи – по подушевому принципу, для осуществления межтерриториальных расчетов – за вызов, при оказании помощи в часы работы поликлиник по неотложным поводам, в соответствии с пп.2.1 Регламента оплаты на 2015 год – за случай оказания неотложной помощи;

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (включая помощь, оказываемую средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием):

- преимущественно 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), условную единицу труда (УЕТ в стоматологии) при оплате медицинской помощи:

- в рамках утвержденных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС объемов предоставления медицинской помощи, не включенных в расчет подушевого норматива финансирования амбулаторной (в соответствии с п.6.1 Регламента оплаты на 2015 год);

- в рамках расчетов за заказанные услуги при подушевом финансировании помощи;

- оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

при оплате медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах всех типов – за законченный случай лечения по тарифу клинко-профильной группы;

при оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях – за законченный случай по тарифам на основе клинко-статистических групп болезней (КСГ);

при оплате высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП) – по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов ВМП.

При оплате медицинской помощи в условиях дневных стационаров и стационаров могут применяться специальные тарифы, не учитывающие профильность или клинко-статистические группы (КСГ), а также дополнительные тарифы, предназначенные для возмещения медицинским организациям расходов на дорогостоящие лекарственные препараты и изделия медицинского назначения. Виды и условия применения вышеуказанных тарифов утверждаются генеральным тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования.

при оплате заместительной почечной терапии методом перитонеального диализа – законченный случай, которым является случай госпитализации (для круглосуточного стационара) или один календарный месяц (для помощи, оказываемой в амбулаторных условиях) и который включает себя все обмены, проведенные за указанный период лечения;

при оплате заместительной почечной терапии методом гемодиализа – законченный случай, которым является случай госпитализации (для круглосуточного стационара) или один календарный месяц (для помощи, оказываемой в условиях дневного стационара), и который включает себя все сеансы, проведенные за указанный период лечения;

при оплате химиотерапии при онкозаболеваниях в стационаре и дневном стационаре – законченный случай, которым является один курс лечения;

при оплате лучевой терапии онкозаболеваний в условиях стационара – законченный случай, которым является случай госпитализации, включающий в себя все сеансы, проведенные за указанный период лечения;

при оплате лучевой терапии онкозаболеваний при оказании помощи в условиях дневного стационара и амбулаторно – законченный случай, которым является один сеанс.

2.3 Сведения о применяемых способах оплаты медицинской помощи в разрезе видов помощи, условий ее предоставления и медицинских организаций представлены в приложении 1 к настоящему Соглашению.

### **3. Размер, структура и особенности применения тарифов на оплату медицинской помощи**

Настоящим соглашением устанавливаются:

3.1 Для специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара:

3.1.1 Базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи, которая рассчитана от норматива финансовых затрат на единицу объема помощи, установленного постановлением Правительства РФ от 28.11.2014 №1273 «О программе государственных гарантий бесплатного

оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» (с учетом коэффициента дифференциации для Оренбургской области 1,09) и снижена на 8,45% до утвержденного уровня в связи с выведением из расчета тарифа КСГ высокотехнологичной медицинской помощи, а также с учетом необходимости обеспечения расходов медицинских организаций при оказании стационарной помощи, возмещаемых сверх основного тарифа (дорогостоящие препараты и изделия медицинского назначения в соответствии с п.3.6 настоящего соглашения), в размере 22 186,30 рубля.

Базовая ставка является исходным показателем для расчета тарифов на основе клинико-статистических групп болезней.

На 01.01.2015г. под базовой ставкой также понимается средняя стоимость одного случая госпитализации.

Базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи является переменной величиной и подлежит корректировке в случае отклонения в отчетном периоде средней стоимости госпитализации от базовой ставки в зависимости от структуры оказываемой стационарной медицинской помощи (по КСГ) с применением такого подхода, при котором средняя стоимость госпитализации должна остаться на уровне утвержденной на 01.01.2015г. базовой ставки.

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

3.1.2 Коэффициенты относительной затратоемкости для расчета тарифа на основе клинико-статистических групп болезней в соответствии с приложением 2.1 к настоящему Соглашению

3.1.3 Тарифы за законченный случай лечения на основе клинико-статистических групп болезней в соответствии с приложением 2.2 к настоящему Соглашению.

Тарифы подлежат обязательной корректировке в случае изменения базовой ставки финансирования стационарной помощи.

3.1.4 Поправочные коэффициенты для применения тарифов на основе клинико-статистических групп болезней в соответствии с приложением 2.3 к настоящему Соглашению.

3.1.5 Рекомендуемая структура расходов по основным статьям затрат, включенным в тариф для оплаты помощи в рамках территориальной программы ОМС на 2015 год в разрезе клинико-статистических групп болезней в соответствии с приложением 2.4 к настоящему Соглашению.

3.2 Для высокотехнологичной специализированной медицинской помощи тарифы за законченный случай лечения 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 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов, утвержденной постановлением Правительства РФ от 28.11.2014



№1273, с учетом применения к части норматива затрат коэффициента дифференциации 1,09, в соответствии с приложением 3 к настоящему Соглашению.

3.3 Для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров:

3.3.1 Тарифы за законченный случай на основе клинко-профильных групп болезней и для некоторых случаев без учета клинко-профильных групп болезней в соответствии с приложением 4.1 к настоящему Соглашению.

3.3.2 Таблица соответствия профилей классификатора клинко-профильным группам, тарифицированным для оплаты помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, в соответствии с приложением 4.2 к настоящему Соглашению.

3.3.3 Рекомендуемая структура расходов по основным статьям затрат, включенным в тариф для оплаты помощи в рамках территориальной программы ОМС на 2015 год (без учета профиля) в соответствии с приложением 4.3 к настоящему Соглашению.

3.4 Для медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

3.4.1 Тарифы за законченный случай в соответствии с приложением 5.1 к настоящему соглашению.

Утвержденные амбулаторные тарифы применяются:

- для расчета за медицинскую помощь, оказанную в рамках объемов предоставления амбулаторной медицинской помощи, утвержденных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС, за исключением помощи, оплачиваемой по подушевому принципу, при этом тариф законченного случая с лечебно-диагностической целью может применяться только по специальностям «онкология», «дерматовенерология» и «генетика».

- для осуществления расчетов между медицинскими организациями за заказанные амбулаторные услуги в рамках подушевого финансирования амбулаторной помощи (кроме тарифа консультативной цели уровня ММЦ) в соответствии с Регламентом оплаты на 2015 год;

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

3.4.2 Таблица соответствия врачебных специальностей перечню специалистов, применяемому для оплаты АПП-помощи в 2015 году, в соответствии с приложением 5.2 к настоящему Соглашению;

3.4.3 Базовая ставка подушевого финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи на 2015 год в соответствии с Регламентом оплаты на 2015 год в размере 2436,36 рублей в год на 1-го человека.

3.4.4 Половозрастные коэффициенты потребления амбулаторно-поликлинической помощи на 2015 год в соответствии с приложением 5.3 к настоящему Соглашению.

3.4.5 Дифференцированные подушевые нормативы финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи на 2015 год в соответствии с приложением 5.4 к настоящему Соглашению;

3.4.6 Управленческие коэффициенты для медицинских организаций (районных больниц) с численностью обслуживаемого населения менее 20 тысяч человек (под данным статистики на 01.01.2014) для корректировки суммы подушевого финансирования АП-помощи в 2015 году в соответствии с приложением 5.5 к настоящему Соглашению.

3.4.7 Рекомендуемая структура расходов по основным статьям затрат, включенным в тариф (подушевой норматив) для оплаты амбулаторной помощи в рамках территориальной программы ОМС на 2015 год в соответствии с приложением 5.6 к настоящему Соглашению.

### 3.5 Для скорой медицинской помощи

3.5.1 Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, рассчитанный от норматива объема помощи и норматива финансовых затрат на единицу объема помощи, установленных постановлением Правительства РФ от 28.11.2014 №1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» (с учетом коэффициента дифференциации для Оренбургской области 1,09) в размере 592,76 рубля в год на 1-го застрахованного, проживающего в зоне ответственности медицинской организации.

3.5.2 Тариф на вызов скорой медицинской помощи, применяемый для целей межтерриториальных расчетов и определения размера штрафных санкций в рамках отношений по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с приложением 6.1 к настоящему соглашению.

3.5.3 Рекомендуемая структура расходов по основным статьям затрат, включенным в тариф (подушевой норматив) для оплаты скорой медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС на 2015 год в соответствии с приложением 6.2 к настоящему Соглашению.

3.5.4 Станциями скорой медицинской помощи (являющимися юридическими лицами) в рамках подушевого механизма финансирования амбулаторной помощи предъявляется на оплату медицинская помощь, оказанная бригадами скорой медицинской помощи в часы работы поликлиник по неотложным поводам, перечень которых утвержден распоряжением Министерства здравоохранения Оренбургской области от 14.10.2014 №2292.

Медицинская организация (ССМП) при формировании реестра счетов указывает признак вызовов, определенный действующим Регламентом информационного взаимодействия в системе ОМС, по которому идентифицируется их принадлежность к функционалу поликлиник медицинских организаций (МО) - балансодержателей.

Оплата указанных вызовов осуществляется страховыми медицинскими организациями за счет средств МО-балансодержателей по утвержденному приложением 5.1 к настоящему Соглашению тарифу на

оказание неотложной помощи.

3.6 Тарифы по возмещению расходов медицинских организаций на дорогостоящие лекарственные средства или изделия медицинского назначения (дорогостоящие позиции), применяемые при оказании специализированной (за исключением высокотехнологичной) стационарной, стационарозамещающей и скорой медицинской помощи дополнительно к основному тарифу в соответствии с приложением 7 к настоящему соглашению в следующих случаях:

3.6.1 При оказании стационарной медицинской помощи или скорой медицинской помощи больным с кодом заболевания (по МКБ-10): I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I22.0, I22.1, I22.8, а также стационарной медицинской помощи в ГБУЗ «ООКБ» и ГАУЗ «ГКБ им. Н.И.Пирогова» г.Оренбурга, ГБУЗ "ГБ" г.Бузулука, ГАУЗ "ГБ № 4" г.Орска больным с кодом заболевания (по МКБ-10): I63.0 - I63.9 в случаях применения тромболитических препаратов;

3.6.2 При оказании стационарной медицинской помощи больным с кодом заболевания (по МКБ-10): S12.2-12.7, S22.2, S32.3-32.4, S42.2-42.4, S52.0-52.6, S62.1-62.8, S72.0-72.4, S82.1-82.4, S82.6, S92.0-92.9, T02.2-02.5 в случаях применения металлоконструкций.

3.6.3 При оказании стационарной медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в ГБУЗ «Оренбургский областной клинический онкологический диспансер», ГБУЗ «Орский онкологический диспансер», ГБУЗ "ГБ" г.Бугуруслана, ГБУЗ «ГБ» г.Бузулука, и НУЗ «ОКБ на ст.Оренбург ОАО «РЖД» в случаях использования аппаратов для наложения швов;

3.6.4 При оказании стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в ГБУЗ «Оренбургский областной клинический онкологический диспансер», ГБУЗ «Орский онкологический диспансер», ГБУЗ "ГБ" г.Бугуруслана, ГБУЗ «ГБ» г.Бузулука, ГБУЗ "Оренбургская РБ", ГБУЗ «ООКБ», ГАУЗ «ГБ №4» г. Орска, в случаях проведения химиотерапии (в том числе и для дневного стационара при условии объема терапии, адекватного лечению в условиях круглосуточного стационара).

3.6.6 При оказании стационарной помощи по профилю «неонатология» в случаях применения препарата «Куросурф».

3.6.7 При оказании стационарной медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, травмами брюшной полости и тазовых органов, предусматривающей оперативное вмешательство, в случаях использования гемостатической губки «Тахокомб» при кодах заболеваний в диапазоне МКБ C16, C19, C22-C25, C20, C34, C64, S 36.0, S 36.1, S 36.2, S 36.3, S 36.6, S 37.0, S 37.2.

3.6.8 При оказании стационарной медицинской помощи больным с гемолитико - уремическим синдромом (атипичный) в ГБУЗ "Областная детская клиническая больница" с кодом заболевания (по МКБ-10) D- 59.3 в случаях применения препарата «Экулизумаб».

3.6.9 Применение указанных в пп.3.6.1-3.6.8 лекарственных

препаратов и изделий медицинского назначения должно быть подтверждено данными в первичной документации.

3.6.10 В случаях применения лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, указанных в пп.3.6.1-3.6.8 настоящего Соглашения, медицинские организации предъявляют их на оплату по тарифам в соответствии с приложением 7 к настоящему Соглашению в составе основных счетов, вместе с основным случаем оказания помощи (госпитализацией в стационаре, дневном стационаре или с вызовом скорой помощи). Дорогостоящие позиции оплачиваются сверх суммы ассигнований на выполнение объемов предоставления помощи, определенных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС, в том числе и в тех случаях, когда основной случай отклонен от оплаты по основанию 5.3.2 "Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи" (согласно приказа ФФОМС от 1.12.2010г. N 230) при проведении медико-экономического контроля реестров счетов, сформированных по основным тарифам.

3.7 Тарифы на заместительную почечную терапию (без увязки с условиями оказания помощи) в соответствии с приложением 8 к настоящему Соглашению. Указанные в приложении тарифы установлены за сеанс гемодиализа или обмен перитонеального диализа, при этом стоимость случая заместительной почечной терапии любым из методов рассчитывается как сумма основной госпитализации (только для круглосуточного стационара) и произведения соответствующего тарифа на количество сеансов и /или обменов в случае.

При оказании помощи в условиях круглосуточного стационара сеансы гемодиализа и обмены перитонеального диализа могут быть предъявлены на оплату только вместе с основным случаем госпитализации, тарифицированным по КСГ.

Оплата заместительной почечной терапии по позиции «Амбулаторный перитонеальный диализ» осуществляется только по счетам, предъявленным к оплате ООО «Медикал сервис компании Восток» и ООО Диализный центр «Б.Браун Авитум Руссланд».

Для целей применения штрафных санкций в рамках отношений по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию законченным случаем заместительной почечной терапии является случай в понимании пп.2.3 настоящего Соглашения.

3.8 Тарифы на лучевую терапию в соответствии с приложением 9 к настоящему Соглашению.

Все виды лучевой терапии и рентгенотерапии при онкологических заболеваниях, тарифицированные в системе ОМС, могут применяться в условиях круглосуточного и дневного стационара. Рентгенотерапия близкофокусная также может применяться в амбулаторных условиях.

При оказании помощи в условиях круглосуточного стационара сеансы лучевой терапии могут быть предъявлены на оплату только вместе



с основным случаем госпитализации, тарифицированным по специальному тарифу в соответствии с приложением 2.2 к настоящему Соглашению.

3.9 Перечень медицинских услуг и их предельная стоимость для взаиморасчётов по договорам гражданско-правового характера между учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения Оренбургской области и финансируемые за счёт средств ОМС, в соответствии с приложением 10 к настоящему Соглашению.

3.10 Тарифы, утвержденные разделом 3 настоящего Соглашения (за исключением подушевых нормативов и тарифов приложения 10) применяются также для оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Оренбургской области.

При оплате амбулаторной помощи с консультативной целью для целей межтерриториальных расчетов применяется тариф «Консультативная цель (для случаев оказания помощи в рамках ОПМП, установленных Комиссией и для целей межтерриториальных расчетов).

3.11 Утвержденные настоящим Соглашением тарифы и подушевые нормативы включают в себя расходы, ранее (до 2013 года) осуществляемые в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 29 декабря 2009 г. N 1110 "О порядке предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей)" и Постановлением Правительства РФ от 29 декабря 2009 г. N 1111 «О порядке предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на осуществление денежных выплат медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам учреждений и подразделений скорой медицинской помощи муниципальной системы здравоохранения, а при их отсутствии на территории муниципального образования - учреждений и подразделений скорой медицинской помощи субъектов Российской Федерации".

3.12 Настоящим соглашением устанавливаются следующие особенности оплаты медицинских услуг:

3.12.1 Оплата родов производится по факту, без ограничения объёмов и суммы ассигнований. К оплате сверх объёмов помощи, определенных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС, принимаются случаи оказания помощи, относящиеся к КСГ 4 «Родоразрешение» и к КСГ 5 «Кесарево сечение».

При несоответствии указанным условиям законченный случай оплачивается в пределах объема предоставления помощи.

3.12.2 Оплата помощи в случае госпитализации в круглосуточный стационар с длительностью пребывания 4 и менее дней производится по

тарифу «краткосрочная госпитализация», за исключением случаев оказания помощи, предъявленных на оплату по специальному тарифу с кодом 00201 «Пребывание в стационаре при проведении химиотерапии», а также случаев оказания помощи, входящих в следующие КСГ, оплата по которым осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения:

№ КСГ	Наименование КСГ
4	Родоразрешение
5	Кесарево сечение
8	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов
9	Беременность, закончившаяся абортным исходом
11	Искусственное прерывание беременности (аборт)
13	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
14	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)
20	Ангионевротический отек, анафилактический шок
134	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
135	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
138	Операции на органе зрения (уровень затрат 1)
159	Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения
177	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)
226	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани
245	Операции на органах полости рта (уровень 1)

Медицинская помощь по позициям, имеющим утвержденную стоимость ниже тарифа краткосрочной госпитализации, независимо от длительности пребывания в стационаре оплачивается по тарифу КСГ.

3.12.3 Оплата помощи в случае госпитализации в дневной стационар с длительностью пребывания 3 и менее дней (за исключением вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) производится по тарифу «краткосрочная госпитализация (дневной стационар)».

Медицинская помощь по позициям, имеющим утвержденную стоимость ниже тарифа краткосрочной госпитализации оплачивается по данному тарифу независимо от длительности пребывания в дневном стационаре.

3.12.4 Оплата стационарной помощи по позиции «Медицинская реабилитация» (без учета КСГ) производится только следующим учреждениям здравоохранения:

ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая больница»;

ГБУЗ «Областной Соль-Илецкий центр медицинской реабилитации»;

ГБУЗ "Областной центр медицинской реабилитации";  
 ОАО «Санаторий - профилакторий «Солнечный»;  
 ОАО «Производственное объединение «Стрела»;  
 ГУП Оренбургской области «Санаторий «Южный урал»;  
 Лечебно-оздоровительное учреждение «Санаторий «Гай»;  
 ОАО «Санаторий «Строитель»;  
 ГБУЗ «ГБ» г.Бугуруслана;  
 ГБУЗ «ГБ» г. Бузулука;  
 ОАО «Санаторий «Дубовая роща».

Оплата стационарозамещающей помощи по позиции «Медицинская реабилитация» производится только следующим учреждениям здравоохранения:

ГБУЗ «Областной Соль- Илецкий центр медицинской реабилитации»;

ГБУЗ "Областной центр медицинской реабилитации";

ГАУЗ "ДГКБ" г. Оренбурга.

3.12.5 Стационарная помощь в рамках клинико-профильной группы заболеваний «Неонатология» по тарифам КСГ 90,93-96 может быть оплачена при условии выполнения полного случая только следующим медицинским организациям:

ГБУЗ «Оренбургский клинический перинатальный центр»

ГБУЗ «ГБ» г. Бузулука

ГАУЗ «ГБ №3» г.Орска

В остальных случаях для оплаты оказанной помощи применяются специальные тарифы стационара в соответствии с приложением 2.2 к настоящему Соглашению при следующих условиях:

00510 – в случае госпитализации продолжительностью не менее 4-х дней по месту родов в медицинских организациях всех уровней с последующим переводом в медицинские организации 3-го уровня при заболеваниях, относящихся к КСГ 90;

00511 - в случае госпитализации продолжительностью не менее 4-х дней по месту родов в медицинских организациях всех уровней с последующим переводом в медицинские организации 2-го уровня (с наличием отделения 2-го этапа выхаживания недоношенных детей и отделения патологии новорожденных) и 3-го уровня при заболеваниях, относящихся к КСГ 93, 94, 95, 96;

00521 - в случае госпитализации в ГБУЗ «Оренбургский клинический перинатальный центр», ГАУЗ «Городская больницы №3» г. Орска, ГБУЗ «Городская больницы» г. Бузулука переводом из медицинских организаций 1-го и 2-го уровней при заболеваниях, относящихся к КСГ 90;

00531, 00532, 00533, 00534 - в случае госпитализации переводом из медицинских организаций 1-го и 2-го уровней при заболеваниях, относящихся к КСГ 93, 94, 95, 96 соответственно.

3.12.6 Оплата госпитализации в круглосуточный стационар в случае последующего перевода в дневной стационар осуществляется по

соответствующему тарифу КСГ (или специальному тарифу) с применением коэффициента 0,66. Госпитализация (переводом) в дневной стационар оплачивается в полном объеме.

3.12.7 Оплата медицинских услуг Центров здоровья при первичном обращении граждан производится по тарифу законченного случая «комплексное обследование в Центре здоровья», которое включает в себя полный комплекс диагностических услуг, предусмотренный соответствующими нормативными документами, и посещение к врачу, не более одного раза в год на каждого обратившегося в Центр здоровья.

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 обратившегося в год и только после прохождения обратившимися комплексного обследования ранее.

3.12.8 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.

3.12.9 Оплата помощи в рамках ежегодных профилактических осмотров детей первого, второго, третьего годов жизни и наблюдения женщин в период беременности осуществляется поэтапно (с заполнением талона амбулаторного пациента на этап):

для законченного случая профилактического осмотра детей первого года жизни (включая исполнение 1 года) устанавливается двенадцать этапов (месяцев), соответственно, оплата законченного случая производится ежемесячно в размере одной двенадцатой от утвержденного для этих целей тарифа;

для законченного случая профилактического осмотра детей второго года жизни (включая исполнение 2-х лет) устанавливается четыре этапа, соответственно, оплата законченного случая производится поэтапно в размере одной четвертой от утвержденного для этих целей тарифа;

для законченного случая профилактического осмотра детей третьего года жизни (включая исполнение 3-х лет) устанавливается два этапа, соответственно, оплата законченного случая производится поэтапно в размере одной второй от утвержденного для этих целей тарифа;

для законченного случая наблюдения женщин в период беременности устанавливается семь этапов (месяцев), соответственно, оплата законченного случая производится ежемесячно в размере одной седьмой от утвержденного для этих целей тарифа.

3.12.10 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.

3.12.11 Специализированная медицинская помощь с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) после завершения



непосредственно процедуры оплачивается по тарифу «ЭКО (процедура)», утвержденном приложением 4.1 к настоящему Соглашению.

В случаях подтверждения после проведения ЭКО беременности 12-недельного срока, СМО на основании предъявленного реестра счета осуществляет доплату за этот же случай по тарифу «Дополнительный тариф ЭКО», утвержденному приложением 4.1 к настоящему Соглашению.

3.12.12 При оплате высокотехнологичной помощи по профилю «Неонатология» по группам ВМП №10 и №11, при разделении одного случая лечения на этапы (оказание помощи в разных медицинских организациях), если такое разделение предусмотрено решением Комиссии, утверждающим объемы предоставления высокотехнологичной помощи на 2015 год, применяются тарифы с номером группы ВМП:

- за первый этап - 10.1 и 11.1;
- за второй этап - 10.2 и 11.2

Порядок применения указанных тарифов устанавливается Генеральным тарифным соглашением на 2015 год.

#### **4. 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**

Настоящим соглашением устанавливаются перечень и размер санкций, применяемых к медицинским организациям в рамках отношений по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с приложением 11 к настоящему Соглашению.

#### **5 Заключительные положения**

5.1 Генеральное тарифное соглашение вступает в силу с момента подписания и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2015 года.

5.2 Генеральное тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Генерального тарифного соглашения с момента их подписания сторонами.

**Подписи сторон:**

От Министерства здравоохранения  
области:  
/ Министр -  
М.П.

От ТФОМС Оренбургской области:  
Директор

Т.Н.Семивеличенко

Ж.А.Ермакова



М.П.

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



Л.Б.Варавва

М.П.

Председатель правления Оренбургского  
регионального отделения общероссийской  
общественной организации «Российская  
медицинская ассоциация»



Р.Г. Гильмутдинов

М.П.

Заместитель председателя Совета  
общественных организаций по защите  
прав пациентов и независимой оценке  
качества предоставления  
медицинских услуг

Т.В.Трофимова

М.П.

От Страховых медицинских организаций:

Директор филиала ООО «Страховая  
компания «Ингосстрах-М» в г.Оренбурге



О.А.Варламов

М.П.

Директор Оренбургского филиала ОАО  
«Страховая компания «СОГАЗ-Мед»



В.А.Кириллов

М.П.

Руководитель филиала  
ЗАО «МАКС-М» в г.Оренбург



О.И.Синюкова

М.П.