

## ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ НА 2021 ГОД

## I. Общие положения

1.1. Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на 2021 год заключено между департаментом здравоохранения Воронежской области, департаментом финансов Воронежской области, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Воронежской области, страховыми медицинскими организациями, Союзом медицинского сообщества «Ассоциация работников здравоохранения Воронежской области» и Воронежской областной организацией профсоюза работников здравоохранения РФ, включенными в состав комиссии, созданной постановлением правительства Воронежской области от 13.09.2011 № 802 «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования».

1.2. Настоящее Тарифное соглашение разработано в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29.11.2010 № 326 - ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, утверждённой постановлением Правительства РФ от 28.12.2020 № 2299, Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов на территории Воронежской области, утверждённой постановлением правительства Воронежской области от 29.12.2020 № 1145, (далее - постановление правительства Воронежской области от 29.12.2020 № 1145), Правилами обязательного медицинского страхования, утверждёнными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н (далее – Правила обязательного медицинского страхования), приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 247 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», информационным письмом Минздрава России от 24.12.2019 № 11-7/И/2-12330 «О направлении разъяснений по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов», Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, разработанными рабочей группой Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, направленными письмом Минздрава России и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 17033/26-2/и от 12.12.2019 (далее – Методические рекомендации), Инструкцией по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, доведенной письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 13.12.2019 №17151/26-1/и (далее – Инструкция по группировке случаев).

1.3. Предметом настоящего Тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Воронежской области, их состава и структуры, способов оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, с указанием размеров неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и размеров штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

1.4. Настоящее Тарифное соглашение является обязательным для исполнения всеми участниками системы обязательного медицинского страхования Воронежской области и распространяется на все медицинские организации, участвующие в выполнении территориальной программы обязательного медицинского страхования, независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности.

## **II. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории Воронежской области**

### **2.1. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях**

На территории Воронежской области при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты:

-по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

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

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

2.1.1. В подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи включается объем амбулаторной помощи, оказываемой:

- при проведении профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, (1 и 2 этапы) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью».

Проведение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения при выездах мобильных медицинских комплексов, мобильными медицинскими бригадами;

- участковой службой (врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами);

- врачами-специалистами;

- в здравпунктах;

- прививочная работа (за исключением проведения антирабических прививок);

- осмотр контактных;

- второе и последующие посещения центров здоровья с целью динамического наблюдения;

- диспансерное наблюдение;

- проведение диагностических исследований (за исключением проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований);

- проведение лабораторных исследований (за исключением проведения молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19));

- расходы на дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования;

- дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой.

В подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи не включаются расходы на:

- финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов;

- проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований;

- проведение молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;

- проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- посещение центров здоровья (комплексное обследование 1 раз в год, первое посещение с целью динамического наблюдения);

- посещение консультативно-диагностических центров неприкрепленными застрахованными лицами;

- посещение центров амбулаторной онкологической помощи;

- посещения при выездах мобильных медицинских комплексов (мобильных медицинских бригад) для оказания медицинской помощи неприкрепленным застрахованным лицам;

- прививочная работа при проведении антирабических прививок;

- оказание стоматологической медицинской помощи;

- оказание неотложной медицинской помощи, в том числе в травматологических пунктах и приемных отделениях стационаров без последующей госпитализации;

- консультативный прием в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения;

- медицинскую реабилитацию, проводимую в специализированных реабилитационных отделениях;

- проведение заместительной почечной терапии методом гемодиализа и перitoneального диализа в амбулаторных условиях;

- прием врача-гериатра с проведением комплексной оценки пациентов старше 65 лет;
- динамическое наблюдение пациентов при наличии трансплантированного органа (почка, печень, сердце).

Перечень медицинских организаций Воронежской области, имеющих застрахованное прикрепленное население, оплата амбулаторной медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в 2021 году, устанавливается согласно приложению 1.

2.1.2. Перечень медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения, а также медицинских организаций, оказывающих амбулаторную помощь, не входящую в систему подушевого финансирования на прикрепившихся лиц, на 2021 год установлен приложением 1.

2.1.2.1. Оплата медицинской помощи, оказываемой при консультативном приеме в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения, осуществляется по тарифу за посещение к врачу определенной специальности.

Тарифы на оплату медицинской помощи при консультативном приеме предусматривают компенсацию затрат на посещение специалиста определенного профиля, а также включают расходы на проведение диагностических исследований (за исключением исследований, на которые установлены тарифы), лабораторных исследований (за исключением исследований, на которые установлены тарифы), лечебных манипуляций, медицинских услуг параклинических подразделений.

Оплата диагностических исследований, на которые установлены тарифы, осуществляется по тарифу на 1 исследование.

Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих консультативный прием в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2021 году, устанавливается согласно приложению 2.

В случае оказания вышеуказанными медицинскими организациями первичной медико-санитарной помощи, применяются тарифы, установленные Тарифным соглашением для разовых посещений (обращений).

2.1.2.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в центре здоровья, осуществляется по тарифу за законченный случай проведения комплексного обследования при первичном обращении и по тарифу за посещение - при динамическом наблюдении.

2.1.2.3. Перечень медицинских организаций Воронежской области, проводящих профилактические медицинские осмотры, в том числе в рамках диспансеризации, взрослого населения, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2021 год, устанавливается согласно приложению 2.

В случае проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации в выходные дни к тарифам применяется повышающий коэффициент в размере 1,05.

В случае использования для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации мобильных медицинских бригад (комплексов) к тарифам применяется повышающий коэффициент в размере 1,05.

2.1.2.4. Проведение второго этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних представляется по тарифам для разовых посещений.

2.1.2.5. Оплата медицинской помощи, оказанной в консультативно-диагностических центрах неприкрепленным застрахованным лицам, осуществляется по тарифу за посещение.

2.1.2.6. Оплата диагностических исследований осуществляется по тарифу на 1 исследование.

2.1.2.7. Оплата лабораторных исследований осуществляется по тарифу на 1 исследование.

2.1.2.8. Оплата медицинской реабилитации в специализированных реабилитационных отделениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях, осуществляется за законченный случай медицинской реабилитации.

2.1.2.9. Медицинские услуги, связанные с проведением заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перitoneального диализа, оплачиваются по тарифу за услугу диализа.

2.1.2.10. Оплата стоматологической медицинской помощи осуществляется по условным единицам трудоемкости (УЕТ).

Классификатор медицинских услуг, оказываемых по стоматологии в медицинских организациях Воронежской области в объеме территориальной программы ОМС, устанавливается приложением 4 к настоящему Тарифному соглашению.

2.1.2.11. Оплата медицинской помощи в неотложной форме, в том числе на дому, в травматологических пунктах и приемных отделениях стационаров без последующей госпитализации, осуществляется по тарифу за посещение по неотложной помощи, по тарифу для травматологических пунктов и приемных отделений стационаров, за посещение при оказании неотложной стоматологической помощи в кабинетах неотложной стоматологической помощи и на дому.

В случае проведения в приемном отделении компьютерной томографии головы при подозрении на инсульт или ушиб головного мозга, компьютерной томографии грудной клетки при подозрении на пневмонию без последующей госпитализации пациента в круглосуточный стационар, оплата медицинской помощи осуществляется по тарифу, установленному приложением 5.

2.1.2.12. Оплата дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой медицинской организации, осуществляющей консультацию, производится по тарифу за одну проведенную консультацию (консилиум).

2.1.2.13. Оплата дистанционного предоставления заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования производится по тарифу за 1 описание.

2.1.2.14. Оплата посещений врача-гериатра, в том числе для проведения комплексной оценки пациентов старше 65 лет, осуществляется по тарифу за посещение.

2.1.2.15. Оплата ежемесячного динамического наблюдения пациента при наличии трансплантированного органа (почка, печень, сердце) осуществляется по тарифу за 1 комплексное обследование.

2.1.3. При одновременном оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по поводу различных заболеваний врачами разных специальностей к оплате предъявляются два и более страховых случая.

Случай лечения заболевания считается завершенным при наступлении медицинского исхода (улучшение, выздоровление) и/или организационного исхода (прекращение оказания медицинской помощи по причине госпитализации, в том числе в стационар дневного пребывания, перевода в другую медицинскую организацию (далее – МО), отказ от получения медицинской помощи, в том числе неявки пациента, прекращения наблюдения, вне зависимости от формы лечения).

При продолжении начатого ранее лечения в другой МО или направлении на консультацию, обследование в другую МО, а также при диагностическом или восстановительном лечении в другой МО, к оплате предъявляются фактически выполненные объемы медицинской помощи каждой МО в соответствии с установленными способами оплаты и по соответствующим тарифам.

2.1.4. В случае оказания медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами (комплексами) применяется повышающий коэффициент к тарифам на посещения, обращения, медицинские услуги в размере 1,05.

## 2.2. При оказании медицинской помощи в условиях стационара

2.2.1. Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих стационарную медицинскую помощь, в разрезе уровней оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2021 году, устанавливается согласно приложению 6.

Для медицинских организаций, которым решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия) установлены объемы оказания высокотехнологичной медицинской помощи, коэффициент третьего уровня (подуровня) применяется только к отделениям, непосредственно оказывающим высокотехнологичную медицинскую помощь. К остальным отделениям применяется коэффициент второго уровня (подуровня).

Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара, осуществляется:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);
- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

Правила отнесения случаев лечения к соответствующей КСГ установлены Методическими рекомендациями и Инструкцией по группировке случаев.

Стоимость одного случая лечения в условиях стационара ( $CC_{стационар}$ ) по КСГ (за исключением случаев госпитализаций взрослых с применением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, порядок оплаты которых установлен пунктом 2.2.1.1. настоящего Тарифного соглашения) определяется по следующей формуле:

$$CC_{стационар} = BC_{стационар} * KZ_{ксп} * ПК_{стационар}, \text{ где}$$

$BC_{стационар}$  - размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) в условиях стационара, рублей;

$KZ_{ксп}$  - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

$ПК_{стационар}$  - поправочный коэффициент оплаты КСГ.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ ( $ПК_{стационар}$ ) для конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты, установленных настоящим Тарифным соглашением, по следующей формуле:

$$ПК_{стационар} = KУ_{кспстационар} * KУС_{мо} * KСЛП_{стационар}, \text{ где}$$

$KУ_{кспстационар}$  - управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен случай госпитализации;

$KYC_{mo}$  - коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

$KСЛП_{стаци}$  - коэффициент сложности лечения пациента.

2.2.1.1. Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями ( $CC_{стаци, звнно}$ ) определяется по следующей формуле:

$$CC_{стаци, звнно} = BC_{стаци} * KZ_{ксе} * ((1 - D_{зп}) + D_{зп} * PK_{стаци}), \text{ где}$$

$D_{зп}$  - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ.

Таблица 1  
Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ

| № КСГ                           | Наименование КСГ   | Доля, % |
|---------------------------------|--|---------|
| <b>Круглосуточный стационар</b> |  |         |
| st19.062                        | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)  | 50,51%  |
| st19.063                        | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)  | 39,68%  |
| st19.064                        | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)  | 23,68%  |
| st19.065                        | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)  | 16,19%  |
| st19.066                        | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)  | 22,80%  |
| st19.067                        | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)  | 21,32%  |
| st19.068                        | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)  | 17,54%  |
| st19.069                        | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)  | 20,55%  |
| st19.070                        | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)  | 31,40%  |
| st19.071                        | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) | 7,19%   |
| st19.072                        | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11) | 1,89%   |
| st19.073                        | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12) | 2,44%   |
| st19.074                        | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13) | 0,73%   |
| st19.094                        | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)  | 71,77%  |
| st19.095                        | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 2)  | 71,77%  |
| st19.096                        | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 3)  | 71,77%  |
| st19.097                        | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с  | 34,55%  |

|          |   |        |
|----------|---|--------|
|          | применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)   |        |
| st19.098 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 2) | 46,64% |
| st19.099 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 3) | 53,90% |
| st19.100 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4) | 13,18% |
| st19.101 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5) | 22,12% |
| st19.102 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 6) | 28,24% |

2.2.2. Оплата законченных случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях длительностью более 3 дней осуществляется в размере 100,0 % стоимости по соответствующей КСГ.

2.2.3. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований), а также случаев, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения, осуществляется в следующем порядке:

1. В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - в размере 80 % от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - в размере 85 % от стоимости КСГ.

2. Если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - в размере 30 % от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - в размере 70 % от стоимости КСГ.

Перечень КСГ, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения:

Таблица 2

Перечень КСГ круглосуточного стационара, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее

| № КСГ    | Наименование КСГ                                |
|----------|---|
| st02.001 | Осложнения, связанные с беременностью           |
| st02.002 | Беременность, закончившаяся абортивным исходом  |
| st02.003 | Родоразрешение                                  |
| st02.004 | Кесарево сечение                                |
| st02.010 | Операции на женских половых органах (уровень 1) |
| st02.011 | Операции на женских половых органах (уровень 2) |
| st03.002 | Ангионевротический отек, анафилактический шок   |

| № КСГ    | Наименование КСГ  |
|----------|---|
| st05.008 | Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе*   |
| st08.001 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети*     |
| st08.002 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*   |
| st08.003 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*                         |
| st12.010 | Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые   |
| st12.011 | Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети  |
| st14.002 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)  |
| st15.008 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*   |
| st15.009 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*   |
| st16.005 | Сотрясение головного мозга  |
| st19.007 | Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)                                       |
| st19.038 | Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований                               |
| st19.062 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*        |
| st19.063 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*        |
| st19.064 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*        |
| st19.065 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*        |
| st19.066 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*        |
| st19.067 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*        |
| st19.068 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*        |
| st19.069 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*        |
| st19.070 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*        |
| st19.071 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*       |
| st19.072 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*       |
| st19.073 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*       |
| st19.074 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*       |
| st19.090 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения, взрослые (уровень 1)                            |
| st19.094 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)   |
| st19.097 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1) |
| st19.100 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4) |
| st20.005 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)  |
| st20.006 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)  |
| st20.010 | Замена речевого процессора  |
| st21.001 | Операции на органе зрения (уровень 1)   |

| № КСГ    | Наименование КСГ  |
|----------|---|
| st21.002 | Операции на органе зрения (уровень 2)   |
| st21.003 | Операции на органе зрения (уровень 3)   |
| st21.004 | Операции на органе зрения (уровень 4)   |
| st21.005 | Операции на органе зрения (уровень 5)   |
| st21.006 | Операции на органе зрения (уровень 6)   |
| st25.004 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы  |
| st27.012 | Отравления и другие воздействия внешних причин  |
| st30.006 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)   |
| st30.010 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)   |
| st30.011 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)   |
| st30.012 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)   |
| st30.014 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)   |
| st31.017 | Добропачественные новообразования, новообразования <i>in situ</i> кожи, жировой ткани и другие болезни кожи |
| st32.002 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)   |
| st32.012 | АпPENDэктомия, взрослые (уровень 2)   |
| st32.016 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)  |
| st34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1)   |
| st36.001 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*   |
| st36.003 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*           |
| st36.007 | Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов   |
| st36.009 | Реинфузия аутокрови   |
| st36.010 | Баллонная внутриаортальная контрпульсация   |
| st36.011 | Экстракорпоральная мембранные оксигенация   |

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

Оплата случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, при которых фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций). Если для случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, не указано количество фракций для какого-либо вида лучевой терапии, оплата соответствующих случаев лечения, в том числе прерванных, осуществляется в полном объеме вне зависимости от длительности лечения.

Прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

2.2.4. Оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением коэффициента сложности лечения пациента ( $KСЛП_{смай_{дл}}$ ). К сверхдлительным относятся случаи лечения сроком свыше 30 дней, кроме КСГ st10.001, st10.002, st17.002,

st17.003, st29.007, st32.006, st32.007, st33.007 для которых устанавливается нормативный срок пребывания – 45 дней.

Правила отнесения случаев к сверхдлительным не распространяются на КСГ, объединяющие случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (st19.075-st19.089, ds19.050-ds19.062), т.е. указанные случаи не могут считаться сверхдлительными и оплачиваться с применением соответствующего КСЛП.

Значение  $KСЛП_{стационар}$  определяется в зависимости от фактического количества проведенных в стационарных условиях койко-дней. Округление показателя  $KСЛП_{стационар}$  производится по правилам математического округления до двух знаков после запятой.

$$KСЛП_{стационар} = 1 + \frac{\PhiКД - НКД}{НКД} * K_{дл}, \text{ где}$$

$\PhiКД$  – фактическое количество койко-дней;

НКД – нормативное количество койко-дней (30 дней, для КСГ st10.001, st10.002, st17.002, st17.003, st29.007, st32.006, st32.007, st33.007 – 45 дней);

$K_{дл}$  - коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание и, частично, другие статьи.

$K_{дл}$  устанавливается равным 0,25.

2.2.5. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных и сверхкоротких случаев, которые оплачиваются в соответствии с п. 2.2.3 настоящего Тарифного соглашения.

При этом, если перевод производился в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение» – возможна при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

При этом оплата по 2 КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

О14.1 Тяжелая преэклампсия.

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

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

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

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

Оплата по двум КСГ осуществляется также в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
- 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;
- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;
- проведение реинфузий аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрапульсации, или экстракорпоральной мембранный оксигенации на фоне лечения основного заболевания.

При этом если один из двух случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с п. 2.2.3 настоящего Тарифного соглашения.

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

2.2.6. Счета на оплату медицинской помощи по КСГ st01.001 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» предоставляют только медицинские организации, имеющие в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

2.2.7. В стационарных условиях в стоимость КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, 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».

2.2.8. Оплата пребывания одного из родителей (иного члена семьи или законного представителя), имеющего право нахождения в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний, производится с применением коэффициента сложности лечения пациента, установленным п. 3.2.1. настоящего Тарифного соглашения (за исключением заболеваний, при лечении которых применяются виды высокотехнологичной медицинской помощи).

Расчет стоимости медицинской помощи, оказанной ребенку, с применением вышеуказанного коэффициента сложности лечения производится медицинской организацией по правилам математического округления до двух знаков после запятой.

2.2.9. Случай лечения, обусловленные оказанием медицинской помощи детям до года, оплачиваются с применением коэффициента сложности лечения пациента, установленным п. 3.2.1. настоящего Тарифного соглашения (за исключением заболеваний, при лечении которых применяются виды высокотехнологичной медицинской помощи, а также случаев лечения относящихся к КСГ st17.001- st17.007).

Расчет стоимости медицинской помощи, оказанной ребенку, с применением вышеуказанного коэффициента сложности лечения производится медицинской организацией по правилам математического округления до двух знаков после запятой.

2.2.10. Оплата медицинской помощи по КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией» осуществляется в случае оказания медицинской помощи в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Гериатрия».

В случае оказания медицинской помощи пациенту на геронтологической профильной койке с основным диагнозом, не включенным в перечень диагнозов, определенных КСГ «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией», и имеющему сопутствующий диагноз - старческая астения (R54), случаи лечения оплачиваются с

применением коэффициента сложности лечения пациента, установленным п. 3.2.1. настоящего Тарифного соглашения.

2.2.11. Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги:

Таблица 3.

| Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ |  |      | Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги |   |      |
|---|--|------|---|---|------|
| №   | Наименование КСГ, сформированной по услуге           | КЗ   | №   | Наименование КСГ, сформированной по диагнозу  | КЗ   |
| st02.010  | Операции на женских половых органах (уровень 1)      | 0,39 | st02.008  | Доброполучительные новообразования, новообразования <i>in situ</i> , неопределенного и неизвестного характера женских половых органов | 0,89 |
| st02.011  | Операции на женских половых органах (уровень 2)      | 0,58 | st02.008  | Доброполучительные новообразования, новообразования <i>in situ</i> , неопределенного и неизвестного характера женских половых органов | 0,89 |
| st02.010  | Операции на женских половых органах (уровень 1)      | 0,39 | st02.009  | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов  | 0,46 |
| st14.001  | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) | 0,84 | st04.002  | Воспалительные заболевания кишечника  | 2,01 |
| st14.002  | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2) | 1,74 | st04.002  | Воспалительные заболевания кишечника  | 2,01 |
| st21.001  | Операции на органе зрения (уровень 1)                | 0,49 | st21.007  | Болезни глаза   | 0,51 |
| st34.002  | Операции на органах полости рта (уровень 1)          | 0,74 | st34.001  | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые   | 0,89 |
| st34.002  | Операции на органах полости рта (уровень 1)          | 0,74 | st26.001  | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети   | 0,79 |

2.2.12. Оплата случаев оказания медицинской помощи, при лечении которых применяются виды и методы лечения в соответствии с Перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень), осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленным постановлением правительства Воронежской области от 29.12.2020 № 1145 (раздел I приложение № 4).

В случае, если хотя бы один из параметров отнесения случая лечения к ВМП не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

После оказания в медицинской организации высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ.

2.2.13. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях круглосуточного стационара осуществляется за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, с учетом фактического количества выполненных услуг (дней обмена).

Оплата услуг диализа осуществляется в пределах объемов, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

2.2.14. При оплате медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) коэффициенты относительной затратоемкости по КСГ st12.016-st12.018 (уровни 2-4), соответствующим случаям среднетяжелого, тяжелого и крайне тяжелого лечения, учитывают период долечивания пациента. В случае перевода пациента в другую медицинскую организацию для его долечивания, случай лечений в первой медицинской организации подлежит оплате в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев (п.2.2.3), а случай лечения во второй медицинской организации – по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)».

### **2.3. При оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара**

2.3.1. Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2021 году, устанавливается согласно приложению 7.

2.3.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, осуществляется:

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

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

Правила отнесения случая лечения в условиях дневного стационара к соответствующей КСГ установлены Методическими рекомендациями и Инструкцией по группировке случаев.

Стоимость одного случая лечения в дневном стационаре ( $CC_{dc}$ ) по КСГ (за исключением случаев лечения взрослых с применением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях) определяется по следующей формуле:

$$CC_{dc} = BC_{dc} * KZ_{kcg} * PK_{dc}, \text{ где}$$

$BC_{dc}$  – базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара;

$KZ_{kcg}$  – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай оказания медицинской помощи;

$PK_{dc}$  - поправочный коэффициент оплаты КСГ.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ ( $ПК_{dc}$ ) для конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты, установленных Тарифным соглашением, по следующей формуле:

$$ПК_{dc} = КУ_{ксп_{dc}} * КСЛП_{dc}, \text{ где}$$

$КУ_{dc}$  – управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения;

$КСЛП_{dc}$  - коэффициент сложности лечения пациента.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара не устанавливается.

2.3.2.1. Стоимость одного случая лечения по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями ( $CC_{dc,лтзно}$ ) определяется по следующей формуле:

$$CC_{dc,лтзно} = BC_{dc} * KЗ_{ксп} * ((1 - D_{зп}) + D_{зп} * ПК_{dc}), \text{ где}$$

$D_{зп}$  - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ.

Таблица 4  
Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ

| № КСГ             | № КСГ  | Доля, % |
|-------------------|--|---------|
| Дневной стационар |  |         |
| ds19.037          | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)  | 11,93%  |
| ds19.038          | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)  | 5,99%   |
| ds19.039          | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)  | 29,39%  |
| ds19.040          | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)  | 3,23%   |
| ds19.041          | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)  | 4,14%   |
| ds19.042          | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)  | 3,97%   |
| ds19.043          | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)  | 3,96%   |
| ds19.044          | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)  | 3,76%   |
| ds19.045          | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)  | 5,39%   |
| ds19.046          | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) | 6,78%   |
| ds19.047          | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11) | 0,43%   |
| ds19.048          | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень     | 0,32%   |

|          |   |        |
|----------|---|--------|
|          | (12)  |        |
| ds19.049 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)        | 0,67%  |
| ds19.067 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)   | 36,19% |
| ds19.068 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 2)   | 36,19% |
| ds19.069 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 3)   | 36,19% |
| ds19.070 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 4)   | 36,19% |
| ds19.071 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1) | 3,37%  |
| ds19.072 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 2) | 9,56%  |
| ds19.073 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 3) | 16,32% |
| ds19.074 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4) | 20,69% |
| ds19.075 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5) | 0,82%  |
| ds19.076 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 6) | 2,73%  |
| ds19.077 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 7) | 5,68%  |
| ds19.078 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 8) | 8,41%  |

2.3.3. Оплата законченных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара длительностью более 3-х дней осуществляется в размере 100,0 % стоимости по соответствующей КСГ.

2.3.4.Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи, а также случаи, при которых длительность лечения составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения осуществляется:

1. В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее в размере 90 % от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней в размере 100 % от стоимости КСГ.

2. Если хирургическое вмешательство не проводилось, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - в размере 30 % от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней в размере 50 % от стоимости КСГ.

Перечень КСГ, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения:

Таблица 5.

Перечень КСГ дневного стационара, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее

| № КСГ    | Наименование  |
|----------|---|
| ds02.001 | Осложнения беременности, родов, послеродового периода   |
| ds02.006 | Искусственное прерывание беременности (аборт)   |
| ds02.007 | Аборт медикаментозный   |
| ds05.005 | Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе*   |
| ds08.001 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети*                               |
| ds08.002 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*   |
| ds08.003 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*   |
| ds15.002 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*   |
| ds15.003 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*   |
| ds19.028 | Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований   |
| ds19.029 | Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ                      |
| ds19.033 | Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно- генетического и/или иммуногистохимического исследования |
| ds19.037 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*                                  |
| ds19.038 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*                                  |
| ds19.039 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*                                  |
| ds19.040 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*                                  |
| ds19.041 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*                                  |
| ds19.042 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*                                  |
| ds19.043 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*                                  |
| ds19.044 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*                                  |
| ds19.045 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*                                  |
| ds19.046 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*                                 |

|          |   |
|----------|---|
| ds19.047 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*       |
| ds19.048 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*       |
| ds19.049 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*       |
| ds19.063 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения, взрослые (уровень 1)                            |
| ds19.067 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)   |
| ds19.071 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1) |
| ds19.075 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5) |
| ds20.002 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)  |
| ds20.003 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)  |
| ds20.006 | Замена речевого процессора  |
| ds21.002 | Операции на органе зрения (уровень 1)   |
| ds21.003 | Операции на органе зрения (уровень 2)   |
| ds21.004 | Операции на органе зрения (уровень 3)   |
| ds21.005 | Операции на органе зрения (уровень 4)   |
| ds21.006 | Операции на органе зрения (уровень 5)   |
| ds25.001 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы  |
| ds27.001 | Отравления и другие воздействия внешних причин  |
| ds34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1)   |
| ds36.001 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*   |
| ds36.004 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*                                 |

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

2.3.5. При переводе по медицинским показаниям из круглосуточного стационара в дневной стационар или из дневного стационара в круглосуточный, для определения фактического срока оказания медицинской помощи в каждом из подразделений день перевода учитывается в периоде оказания медицинской помощи на предыдущем этапе.

2.3.6. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях дневного стационара осуществляется за услугу диализа в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, с учетом фактического количества выполненных сеансов.

В период лечения в дневном стационаре пациент, получающий гемодиализ или перitoneальный диализ, обеспечивается всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнения.

## 2.4. При оказании скорой медицинской помощи, вне медицинской организации

2.4.1. Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации (за исключением санитарно-авиационной эвакуации) в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2021 году, устанавливается согласно приложению 8.

2.4.2. Оплата 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), осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, включает расходы на оплату вызовов скорой медицинской помощи при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной формах.

В оплату по подушевому нормативу не включаются случаи оказания скорой медицинской помощи:

- с проведением системного тромболизиса;
- с проведением токолитической терапии препаратами атозибана;
- специализированными (реанимационными) выездными бригадами.

За вызов скорой медицинской помощи оплачиваются:

- вызовы с проведением системного тромболизиса;
- вызовы с проведением токолитической терапии препаратами атозибана;
- оказание скорой медицинской помощи специализированными (реанимационными) выездными бригадами,
- оказание скорой медицинской помощи лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации.

### **III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи**

Размер и структура тарифов на оплату определены в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и разделом XII Правил обязательного медицинского страхования.

#### **3.1. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях**

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Воронежской области, в расчете на 1 застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных постановлением правительства Воронежской области от 29.12.2020 № 1145, на 2021 год составляет 4 687,0 руб.

3.1.1. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц на 2021 год – 2 554,16 руб., в том числе в расчете на месяц устанавливается равным 212,85 рубля.

Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, устанавливается в размере 3,0 % от суммы средств, рассчитанной по дифференцированным подушевым нормативам финансирования амбулаторной помощи.

Страховая медицинская организация ежемесячно рассчитывает предельный объем средств для финансирования по подушевому нормативу амбулаторной помощи, оказываемой j-ой медицинской организацией ( $\Pi\Phi_{j,ap}$ ), по формуле:

$$\Pi\Phi_{j,ap} = \Phi_{ДПн_j} * Ч_j - OC_{pd_j}, \text{ где}$$

$\PhiДП_{n_i}$  - дифференцированный подушевой норматив для  $j$ -ой медицинской организации, включенную  $i$ -тую группу (подгруппу) медицинских организаций, на 1 застрахованное лицо в месяц, рублей;

$Ч_j$  - численность застрахованных лиц, прикрепленных к  $j$ -ой медицинской организации, человек;

$ОС_{po_j}$  - размер средств, направляемый на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей.

$$ОС_{po_j} = (\PhiДП_{n_i} * Ч_j) * 3\%$$

Для определения объема финансирования медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, страховые медицинские организации учитывают численность застрахованных на основе акта сверки численности застрахованных лиц по договору на оказание и оплату медицинской помощи.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для групп (подгрупп) медицинских организаций устанавливается согласно приложению 10.

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитывается дифференцированные подушевые нормативы ( $ДП_n$ ) для медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДП_n^i = ПН_{баз} * КУ_{mo}^i * КД_{ne}^i * КД_{om}^i, \text{ где}$$

$ПН_{баз}$  - базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рублей;

$КД_{ne}^i$  - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

$КД_{om}^i$  - коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдельных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тыс. человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

$КУ_{mo}^i$  - коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, к которому относится  $i$ -тая медицинская организация.

Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива амбулаторной помощи ( $КД_{ne_{an}}^j$ ) рассчитывается для  $j$ -той медицинской организации.

$$КД_{ne_{an}}^j = \frac{\sum КД_i * Ч_i}{\sum Ч_i}$$

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи учитывают различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры населения.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи рассчитываются в целом по Воронежской области по следующим половозрастным группам:

- 0-1 года мужчины/женщины;
- 1-4 года мужчины/женщины;

- 5-17 лет мужчины/женщины;
- 18-64 лет мужчины/женщины;
- 65 лет и старше мужчины/женщины;

Относительные коэффициенты половозрастных затрат для i-той половозрастной группы рассчитываются по формуле:

$$KД_i = \frac{P_i}{P}, \text{ где}$$

$$P = \frac{3}{Ч_{общ} * M}, \text{ где}$$

$Z$  – затраты на оплату амбулаторной помощи по включенным в подушевой норматив объемам медицинской помощи всем застрахованным за расчетный период (квартал, год) на основании реестров счетов;

$M$  – количество месяцев в расчетном периоде;

$Ч_{общ}$  - общая численность прикрепившихся лиц ко всем медицинским организациям на первое число первого месяца расчетного периода.

$$P_i = \frac{3_i}{Ч_i * M}, \text{ где}$$

$Z_i$  - затраты на оплату амбулаторной помощи по включенным в подушевой норматив объемам медицинской помощи застрахованным, попавшим в i-тый половозрастной интервал за расчетный период (квартал, год) на основании реестров счетов;

$Ч_i$  - численность застрахованных лиц, попадающих в i-тый половозрастной интервал, на первое число первого месяца расчетного периода.

На 2021 год устанавливаются следующие половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи:

Таблица 6.

| Половозрастные группы | Женщины | Мужчины |
|-----------------------|---------|---------|
| от 0 до 1 года        | 1,201   | 1,261   |
| от 1 года до 4 лет    | 1,639   | 1,671   |
| от 5 до 17 лет        | 1,449   | 1,440   |
| от 18 до 64 лет       | 1,028   | 0,538   |
| 65 лет и старше       | 1,600   | 1,600   |

Коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, удаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала ( $KД'_{om}$ ) определяется исходя из расположения обслуживаемых территорий в размере:

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек - 1,113,

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек - 1,04.

В случае если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации ( $KД'_{om}$ ), объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя

из доли обслуживаемого данными подразделениями населения согласно алгоритму, изложенному в Методических рекомендациях.

Перечень медицинских организаций и их структурных подразделений, для которых применяется коэффициент 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 на 2021 год, устанавливается согласно приложению 40.

Значение коэффициента дифференциации уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, к которому относится медицинская организация ( $KU_{\text{во}}^i$ ) определяется согласно Методическим рекомендациям.

Таблица 7.

**Коэффициенты уровней (подуровней) оказания медицинской помощи**

| Уровни (подуровни) | Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи |
|--------------------|--|
| <b>1 уровень</b>   | <b>0,97</b>  |
| 1.1                | 0,60   |
| 1.2                | 0,75   |
| 1.3                | 0,90   |
| 1.4                | 1,00   |
| 1.5                | 1,10   |
| 1.6                | 1,35   |
| 1.7                | 1,65   |
| <b>2 уровень</b>   | <b>1,21</b>  |
| 2.1                | 0,60   |
| 2.2                | 0,75   |
| 2.3                | 0,90   |
| 2.4                | 1,00   |
| 2.5                | 1,15   |
| 2.6                | 1,25   |
| 2.7                | 1,35   |
| 2.8                | 1,45   |

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

$$PK = \frac{\Pi_{h_{\text{баз}}} * \chi_j}{\sum_j (\Delta \Pi_j * \chi_j)}$$

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для j-той медицинской организаций ( $\Phi \Delta \Pi_j$ ) рассчитывается по формуле:

$$\Phi \Delta \Pi_j = \Delta \Pi_j * PK$$

Страховые медицинские организации ежемесячно производят авансирование амбулаторной помощи, оплачиваемой по подушевому нормативу, в размере, установленном договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Медицинские организации, включенные в систему подушевого финансирования амбулаторной помощи, ежемесячно формируют и представляют в страховые медицинские организации счета и реестры счетов за оказанную медицинскую помощь.

Страховая медицинская организация рассчитывает объем средств, подлежащий перечислению в окончательный расчет за амбулаторную медицинскую помощь, оказанную j-й медицинской организацией ( $\Pi\Phi_{j_{имог АП}}$ ), по формуле:

$$\Pi\Phi_{j_{имог АП}} = \Pi\Phi_{j_{АП}} - AB_{j_{АП}} - \sum c\chi 1 + \sum c\chi 2, \text{ где}$$

$AB_{j_{АП}}$  – аванс по амбулаторной помощи, включенной в подушевое финансирование, на финансируемый месяц для j-той медицинской организации;

$\sum c\chi 1$  – сумма принятых к оплате счетов других медицинских организаций за оказанную медицинскую помощь застрахованным гражданам, прикрепленным к j-той медицинской организации;

$\sum c\chi 2$  – сумма принятых к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь застрахованным гражданам j-той медицинской организации, прикрепленным к другим медицинским организациям;

В сумме принятых к оплате счетов ( $\sum c\chi 1, \sum c\chi 2$ ) учитываются:

- посещения (кроме посещений в неотложной форме и консультативных посещений в медицинских организациях, поименованных в приложении 2) и обращения в связи с заболеваниями к врачам-гинекологам;

- обращения в связи с заболеваниями к врачу аллергологу-иммунологу городского аллергологического центра, созданного на базе БУЗ ВО «ВГП № 10», неприкрепленного к БУЗ ВО «ВГП № 10» детского населения;

- обращения в связи с заболеваниями к врачу травматологу-ортопеду или детскому хирургу травматологического пункта БУЗ ВО «ОДКБ № 2»;

- разовые посещения с лечебно-диагностической целью и обращения в связи с заболеваниями к врачам БУЗ ВО «ВОКБ № 1»;

- проведение прививочной работы неприкрепленным застрахованным лицам;

- проведение лабораторных исследований (за исключением проведения молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19));

- проведение диагностических исследований (за исключением проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований);

- расходы на дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования;

- проведение дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой.

### **Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций**

Страховые медицинские организации ежемесячно резервируют 3,0 % от суммы средств по дифференцированным подушевым нормативам на осуществление выплат медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности медицинских организаций.

Страховые медицинские организации ежемесячно, в соответствии с пунктом 126 Правил обязательного медицинского страхования, возвращают в ТФОМС средства резерва для последующего направления на осуществление выплат стимулирующего характера медицинским организациям по итогам работы за месяц, квартал, год с учетом показателей результативности деятельности.

Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций и расчет суммы стимулирующих выплат осуществляется ТФОМС по итогам работы за месяц, квартал, год.

Расчет суммы стимулирующих выплат выносится на рассмотрение комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Таблица 8.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, применяемых при осуществлении выплат медицинским организациям, имеющим прикрепленное население

| Показатели   | Единица измерения                                     | Порядок расчета   | Значение показателя  | Период оценки |
|--|---|---|--|---------------|
| <b>1. Показатели результативности</b>  |   |   |  |               |
| 1.1. Доля обоснованных жалоб пациентов на работу медицинской организации                           | Менее 5%  | Кол-во обоснованных жалоб пациентов на работу медицинской организации за отчетный период (поступившие в ТФОМС, СМО)<br>x100 %<br>Общее количество жалоб за отчетный период (поступившие в ТФОМС, СМО) | - < 5 % - 2 балла;<br>- ≥ 5 % - 0 баллов   | 1 раз в месяц |
| 1.2. Частота вызовов скорой медицинской помощи прикрепленному населению                            | Ед. на 10 тыс. прикрепленного населения               | Кол-во вызовов скорой медицинской помощи прикрепленным населением за отчетный период<br>x 10000<br>Количество прикрепленного населения  | Оценивается соотношение показателя МО к утвержденному нормативу вызовов СМП на 1 застрахованного (постановление Правительства ВО от 29.12.2020 № 1145)<br>Среднемесячный показатель вызовов > установленного - 0 баллов,<br>≤ установленного - 1 балл. | 1 раз в месяц |
| 1.3. Уровень госпитализации прикрепленного населения от общей численности прикрепленного населения | Число госпитализаций на 1000 прикрепленного населения | Кол-во госпитализаций прикрепленного населения за отчетный период<br>x1000<br>Количество прикрепленного населения   | Соотношение показателя МО к среднеобластному значению.<br>≥ среднеобр. - 0 баллов,<br>< среднеобр. - 1 балл.   | 1 раз в месяц |
| 1.4. Доля экстренных   | %   | Кол-во экстренных госпитализаций прикрепленного населения за отчетный   | Соотношение показателя МО к  | 1 раз в месяц |

| Показатели   | Единица измерения  | Порядок расчета  | Значение показателя   | Период оценки |
|--|--|--|---|---------------|
| госпитализаций в общем объеме госпитализаций прикрепленного населения  |  | период<br><br>x100 %<br>Общий объем госпитализаций прикрепленного населения за отчетный период   | среднеобластном у значению.<br>≥ среднеобл. - 0 баллов,<br>< среднеобл. - 1 балл.                             |               |
| 1.5. Доля пациентов с впервые установленной III-IV стадией злокачественных новообразований всех локализаций в общем числе пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования | < 50 %   | Кол-во пациентов с впервые установленной III-IV стадией злокачественных новообразований за отчетный период<br><br>x100 %<br>Общее число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования за отчетный период  | - < 50 % - 2 балла;<br>->50% - 0 баллов   | 1 раз в месяц |
| 1.6. Уровень заболевания инфарктом   | Число случаев на 1 тыс. лиц трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет), среди прикрепленного населения | Кол-во госпитализаций прикрепленного населения трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет) с инфарктом за отчетный период с начала года<br><br>x1000<br>Количество прикрепленного населения трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет)  | Соотношение показателя МО к среднеобластном у значению.<br>≥ среднеобл. - 0 баллов,<br>< среднеобл. - 1 балл. | Квартал, год  |
| 1.7. Уровень заболевания инсультом   | Число случаев на 1 тыс. лиц трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет), среди прикрепленного населения | Кол-во госпитализаций прикрепленного населения трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет) с инсультом за отчетный период с начала года<br><br>x1000<br>Количество прикрепленного населения трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет)  | Соотношение показателя МО к среднеобластном у значению.<br>≥ среднеобл. - 0 баллов,<br>< среднеобл. - 1 балл. | Квартал, год  |
| 1.8. Уровень госпитализаций по причине сахарный диабет   | Число случаев на 1 тыс. лиц прикрепленного населения   | Кол-во госпитализаций прикрепленного населения трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет) по причине сахарный диабет (коды МКБ-10 E10-E14, G59.0, G63.2) за отчетный период с начала года<br><br>x1000<br>Количество прикрепленного населения трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет) | Соотношение показателя МО к среднеобластном у значению.<br>≥ среднеобл. - 0 баллов,<br>< среднеобл. - 1 балл. | Квартал, год  |
| 1.9. Доля посещений по заболеваниям, осуществленным в неотложной форме, от общего числа  | %  | Кол-во посещений в неотложной форме за отчетный период<br><br>x100 %<br>Общий объем посещений по заболеваниям (цели 1, 9, 10, 15, 22, 36, 52, 30, 301) за отчетный период  | Соотношение показателя МО к среднеобластном у значению.<br>≥ среднеобл. - 0 баллов,                           | 1 раз в месяц |

| Показатели   | Единица измерения | Порядок расчета  | Значение показателя   | Период оценки |
|--|-------------------|--|---|---------------|
| посещений по заболеваниям  |                   |  | < среднебл. - 1 балл.   |               |
| 1.10. Исполнение объемов проведения профилактических осмотров взрослого населения, установленных Комиссией по разработке ТПОМС | %                 | <p>Фактическое количество комплексных посещений с целью проведения профилактического осмотра взрослого населения за отчетный период с начала года</p> <p style="text-align: right;"><math>\times 100\%</math></p> <p>Утвержденное количество комплексных посещений с целью проведения профилактического осмотра взрослого населения за отчетный период</p> | 80 и более - 2 балла,<br>- 79 - 50 % - 1 балл,<br>- < 50 % - 0 баллов   | 1 раз в месяц |
| 1.11. Исполнение объемов проведения диспансеризации взрослого населения, установленных Комиссией по разработке ТПОМС           | %                 | <p>Фактическое количество комплексных посещений с целью проведения диспансеризации взрослого населения за отчетный период с начала года</p> <p style="text-align: right;"><math>\times 100\%</math></p> <p>Утвержденное количество комплексных посещений с целью проведения диспансеризации взрослого населения за отчетный период</p>                     | 80 и более - 2 балла,<br>- 79 - 50 % - 1 балл,<br>- < 50 % - 0 баллов   | 1 раз в месяц |
| 1.12. Исполнение объемов проведения профилактических осмотров несовершеннолетних, установленных Комиссией по разработке ТПОМС  | %                 | <p>Фактическое количество комплексных посещений с целью проведения профилактических осмотров несовершеннолетних за отчетный период с начала года</p> <p style="text-align: right;"><math>\times 100\%</math></p> <p>Утвержденное количество комплексных посещений с целью проведения профилактических осмотров несовершеннолетних за отчетный период</p>   | 80 и более - 2 балла,<br>- 79 - 50 % - 1 балл,<br>- < 50 % - 0 баллов   | 1 раз в месяц |
| 1.13. Исполнение объемов посещений с иными целями, установленных Комиссией по разработке ТПОМС                                 | %                 | <p>Фактическое количество посещений с иными целями за отчетный период</p> <p style="text-align: right;"><math>\times 100\%</math></p> <p>Утвержденное количество посещений с профилактической и иными целями за отчетный период</p>  | - 90 и более - 2 балла,<br>- 75 - 89 % - 1 балл,<br>- < 75 % - 0 баллов | 1 раз в месяц |
| 1.14. Исполнение объемов обращений в связи с заболеваниями, установленных Комиссией по разработке ТПОМС                        | %                 | <p>Фактическое количество обращений в связи с заболеваниями за отчетный период</p> <p style="text-align: right;"><math>\times 100\%</math></p> <p>Утвержденное количество обращений в связи с заболеваниями за отчетный период</p>   | - 90 и более - 2 балла,<br>- 89-75 % - 1 балл,<br>- < 75 % - 0 баллов   | 1 раз в месяц |

## 2. Показатели интенсивности

|  |                   |  |   |              |
|--|-------------------|--|---|--------------|
| 2.1. Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения из подлежащего диспансеризации в текущем году | 80% от подлежащих | <p>Кол-во комплексных посещений проведения 1 –го этапа диспансеризации опр. гр. взр. нас., принятых к оплате за отчетный период с начала года</p> <p style="text-align: right;"><math>\times 100\%</math></p> <p>Объем запланированных комплексных посещений диспансеризации опр. гр. взр. нас. за отчетный период с начала года</p> | -80% и более – 2 балла,<br>-79- 60 % - 1 балл,<br>- < 60 % - 0 баллов | Квартал, год |
|--|-------------------|--|---|--------------|

| Показатели   | Единица измерения  | Порядок расчета   | Значение показателя   | Период оценки |
|--|--------------------|---|---|---------------|
| 2.2. Доля пациентов, охваченных диспансерным наблюдением из числа подлежащих | 100% от подлежащих | <p>Фактическое количество посещений с диспансерным наблюдением за отчетный период (первое посещение) <math>\times 100 \%</math></p> <p>Запланированное количество лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в отчетном периоде</p>   | 80% и более – 2 балла,<br>< 80 % - 0 баллов   | 1 раз в месяц |
| 2.3. Доля посещений с профилактической целью от общего количества посещений  | Не менее 50%       | <p>Кол-во посещений с профилактической целью за отчетный период (цели 7, 9, 13, 14, 140, 64, 640, диспансеризация и мед. осмотры) <math>\times 100 \%</math></p> <p>Общий объем посещений за отчетный период (цели 1, 7, 9, 10, 13, 14, 140, 15, 22, 36, 52, 30, 301, 3, 64, 640, диспансеризация и мед. осмотры)</p> | - ≥50 % -2 балла;<br>- <50 % - 0 баллов   | 1 раз в месяц |
| 2.4. Количество посещений на 1000 человек прикрепленного населения           | Ед.                | <p>Кол-во посещений к врачам в поликлинике за отчетный период (цели 1, 7, 9, 10, 15, 22, 36, 52, 30, 301, 3, 64, 640, диспансеризация и мед. осмотры) <math>\times 1000</math></p> <p>Количество прикрепленного населения</p>   | Соотношение показателя МО к среднеобластному значению.<br>≥ среднеобр. - 2 балла,<br>< среднеобр. - 0 баллов. | 1 раз в месяц |

Оценка результативности деятельности медицинских организаций осуществляется в следующем порядке:

1. Производится оценка каждого показателя результативности в разрезе медицинских организаций.

2. Рассчитывается итоговая оценка деятельности медицинской организации как среднее арифметическое показателей результативности.

3. Определяется итоговый среднеобластной показатель результативности деятельности медицинских организаций.

4. Средние итоговые показатели результативности по каждой медицинской организации сравниваются со среднеобластным показателем.

5. В случае, если итоговый показатель результативности медицинской организации равен или выше среднеобластного показателя медицинская организация получает 100 % от суммы средств, удержанной страховыми медицинскими организациями из подушевого финансирования данной медицинской организации за отчетный период.

6. В случае, если итоговый показатель результативности медицинской организации ниже среднеобластного показателя, медицинская организация получает 85 % от суммы средств, удержанной страховыми медицинскими организациями из подушевого финансирования данной медицинской организации.

Суммарный остаток средств направляется на дополнительное финансирование медицинских организаций, по которым итоговый показатель результативности равен или выше среднеобластного показателя. Дополнительные средства распределяются между медицинскими организациями пропорционально количеству набранных баллов.

7. Размер средств, получаемых каждой медицинской организацией за достижение показателей результативности деятельности, распределяется между страховыми медицинскими организациями пропорционально численности застрахованных лиц прикрепленных к медицинской организации.

При проведении оценки результативности деятельности медицинских организаций в 1 квартале 2021 года не рассчитываются значения показателей по пунктам 1.10.-1.14., 2.1., 2.2., 2.3., 2.4. таблицы 5 «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, применяемых при осуществлении выплат медицинским организациям, имеющим прикрепленное население».

3.1.2. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, составляет в среднем на 2021 год:

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей, - 303,2 тыс. рублей,

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, - 1 010,7 тыс. рублей,

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, - 1 601,2 тыс. рублей,

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, - 1 798,0 тыс. рублей;

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий более 2000 жителей, - 1 798,0 тыс. рублей.

Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов с численностью обслуживаемого населения и размером финансового обеспечения устанавливается в соответствии с приложением 38.

3.1.3. Для медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения, оплата оказанной амбулаторной медицинской помощи осуществляется по тарифам за единицу объема медицинской помощи (посещение, обращение (законченный случай)) согласно приложениям 11-14.

3.1.4. Тарифы на проведение диспансеризации и медицинских осмотров устанавливаются согласно приложениям 15-19.

3.1.5. Тарифы на оказание медицинской помощи в центрах здоровья, в консультативно-диагностических центрах, центрах амбулаторной онкологической помощи, а также тарифы на оплату диагностических исследований (за исключением проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований) и лабораторных исследований (за исключением проведения молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)), устанавливаются согласно приложениям 21-24.

3.1.6. Тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований, для которых установлены отдельные нормативы территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, устанавливаются согласно приложению 39.

3.1.7. Оплата стоматологической медицинской помощи при профилактических посещениях и обращениях по поводу заболевания осуществляется по тарифу 1 УЕТ равной 150,48 руб.

3.1.8. Тарифы на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме устанавливаются согласно приложениям 5, 25, 26.

Тарифы на оказание неотложной стоматологической медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в поликлинике (в кабинете неотложной помощи) и на дому устанавливаются согласно приложению 20.

3.1.9. Тарифы на прививочную работу, дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования, проведение дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой, посещений врача-терапевта, в том числе для проведения комплексной оценки пациентов старше 65 лет, динамического наблюдения пациента при наличии трансплантированного органа (почка, печень, сердце) устанавливаются согласно приложению 27.

3.1.10. В случае отсутствия возможности проведения тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, или их высокой загрузке, медицинская организация организует проведение тестирования на COVID-19 в иной медицинской организации (лаборатории), в том числе частной формы собственности, имеющей лицензию на выполнение требуемых работ (услуг), в соответствии с договорами, заключаемыми между этими медицинскими организациями.

### **3.2. При оказании медицинской помощи в условиях стационара**

Согласно постановлению правительства Воронежской области от 29.12.2020 № 1145 средний размер финансового обеспечения стационарной помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на 1 застрахованное лицо на 2021 год составляет 5 711,3 руб.

3.2.1. Перечень КСГ, применяемых при оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ устанавливаются согласно приложению 28.

Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка) в стационарных условиях, включенного в КСГ, на 2021 год устанавливается в размере 23 523,5 руб.

Коэффициенты уровней (подуровней) оказания медицинской помощи установлены в таблице 4.

Таблица 9.  
**Коэффициенты уровней (подуровней) оказания медицинской помощи**

| <b>Уровни (подуровни)</b> | <b>Коэффициент уровня (подуровня)<br/>оказания медицинской помощи</b> |
|---------------------------|---|
| <b>1</b>                  | <b>0,95</b>   |
| <b>2 (средний)</b>        | <b>1,1</b>  |
| 2А                        | 0,9   |
| 2Б                        | 1,0   |
| 2В                        | 1,1   |
| 2Г                        | 1,18  |
| 2Д                        | 1,25  |
| <b>3 (средний)</b>        | <b>1,3</b>  |
| 3А                        | 1,1   |
| 3Б                        | 1,2   |
| 3В                        | 1,5   |

Тарифы законченных случаев лечения в стационарных условиях, включенных в КСГ, на 2021 год по уровням оказания медицинской помощи устанавливаются согласно приложению 29.

Оплата коротких и прерванных случаев лечения в стационарных условиях, включенных в КСГ на 2021 год, осуществляется в соответствии с правилами, предусмотренными п. 2.2. настоящего Тарифного соглашения.

Округление стоимости случаев лечения производится по правилам математического округления с двумя знаками после запятой.

При оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, коэффициенты сложности лечения пациента применяются в следующих случаях:

Таблица 10.

| №<br>п/п | Случай, для которых установлен коэффициент сложности лечения<br>пациента  | Коэффициент<br>сложности<br>лечения<br>пациента |
|----------|---|---|
| 1.       | Сложность лечения пациента связанная с возрастом (госпитализация детей до 1 года)*  | 1,2   |
| 2.       | Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний) | 1,2   |
| 3.       | Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет) (в том числе, включая консультацию врача-терапевта)**                        | 1,05  |
| 4.       | Сложность лечения пациента при наличии у него старческой астении <***>  | 1,1   |
| 5.       | Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями  | В<br>соответствии<br>с расчетным<br>значением   |
| 6.       | Проведение молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования в целях диагностики злокачественных новообразований                  | 1,1   |

<\*> Кроме КСГ, относящихся к профилю «Неонатология».

<\*\*> Кроме случаев госпитализации на геронтологические профильные койки.

<\*\*\*> Применяется в случае госпитализации на геронтологические профильные койки пациента с основным диагнозом, не включенными в перечень диагнозов, определенных КСГ «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией».

Расчеты суммарного значения коэффициента сложности лечения пациента ( $KСЛП_{сум}$ ) при наличии нескольких критериев выполняются по формуле:

$$KСЛП_{сум} = KСЛП_1 + (KСЛП_2 - 1) + (KСЛП_h - 1)$$

При этом суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8 за исключением случаев сверхдлительной госпитализации.

В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями сложности лечения, рассчитанное значение  $KСЛП_{стаци}$ , исходя из длительности госпитализации, прибавляется по аналогичной формуле без ограничения итогового значения.

При оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара, к законченным случаям лечения применяется управляемский коэффициент в размере 0,8 к следующим КСГ:

- st21.005 «Операции на органе зрения (уровень 5);
- st21.006 «Операции на органе зрения (уровень 6);

- st36.003 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов».

3.2.2. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) устанавливаются согласно приложению 31.

К вышеуказанным тарифам на оплату высокотехнологичной медицинской помощи КСЛП не применяется.

### **3.3. При оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара**

Согласно постановлению правительства Воронежской области от 29.12.2020 № 1145 средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в условиях дневного стационара, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на 1 застрахованное лицо на 2021 год составляет 1 356,1 руб.

Перечень КСГ, применяемых при оплате медицинской помощи оказываемой в условиях дневного стационара, и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ устанавливаются согласно приложению 32.

Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка) в условиях дневного стационара на 2021 год устанавливается в размерах 13 323,2 руб.

Тарифы на оплату законченных случаев лечения в условиях дневного стационара, включенных в КСГ, на 2021 год устанавливаются согласно приложению 33.

Оплата коротких и прерванных случаев лечения в условиях дневного стационара, включенных в КСГ на 2021 год, осуществляется в соответствии с правилами, предусмотренными п. 2.3. настоящего Тарифного соглашения.

Округление стоимости случаев лечения производится по правилам математического округления с двумя знаками после запятой.

При оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, к законченным случаям лечения применяется управляемый коэффициент в размере 0,8 к следующим КСГ:

- ds21.006 «Операции на органе зрения (уровень 5);
- ds36.004 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов».

### **3.4. При оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации**

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Воронежской области, в расчете на 1 застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных постановлением правительства Воронежской области от 29.12.2020 № 1145, на 2021 год, составляет 769,3 руб.

3.4.1. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации ( $\Pi_{\text{смп}_i}$ ) на 2021 год – 758,24 руб., в том числе в расчете на месяц устанавливается равным 63,19 руб.

Объем средств для финансирования i-ой станции (подстанции) СМП или отделения СМП, входящего в состав медицинской организации, по подушевому финансированию на месяц ( $O\Phi_i$ ) рассчитывается по формуле:

$$O\Phi_i = \Phi \Pi_{\text{смп}_i} * \chi_{i_{\text{смп}}} + OC_s, \text{ где}$$

$\PhiДПн_{c_m}$  – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для  $i$ -той группы (подгруппы) медицинских организаций на 1 застрахованное лицо в месяц, рублей;

$Ч_{i_m}$  – численность застрахованных лиц, обслуживаемых  $i$ -ой станцией (подстанцией) СМП или отделением СМП, входящим в состав медицинской организации, человек;

$ОС_e$  – размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным Воронежской области за вызов, рублей.

Для определения объема финансирования медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь, страховые медицинские организации учитывают численность застрахованных на основе акта сверки численности застрахованных лиц по договору на оказание и оплату медицинской помощи.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для подгрупп медицинских организаций устанавливается согласно приложению 35.

С целью определения фактического дифференцированного подушевого норматива рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций ( $ДПн_{c_m}$ ) по следующей формуле:

$$ДПн_{c_m} = ПН_{c_m_{баз}} * СКД^i_{инт_{c_m}}, \text{ где}$$

$ПН_{c_m_{баз}}$  - базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;

$СКД^i_{инт_{c_m}}$  - средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива скорой медицинской помощи, определенный для  $i$ -той группы (подгруппы) медицинских организаций.

Объединение медицинских организаций в однородные группы (подгруппы) осуществляется исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива. Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива определяется по каждой медицинской организации ( $КД^i_{инт}$ ) по следующей формуле:

$$КД^i_{инт} = КД^i_{нв_{c_m}} * КД^i_{сн_{c_m}}, \text{ где}$$

$КД^i_{нв_{c_m}}$  - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива скорой медицинской помощи, рассчитанный для  $i$ -той медицинской организации;

$КД^i_{сн_{c_m}}$  - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций;

$$КД^i_{нв_{c_m}} = \frac{\sum КД_{i_m} * Ч_{i_m}}{\sum Ч_{i_m}}$$

Для определения половозрастного коэффициента дифференциации подушевого норматива скорой медицинской помощи рассчитываются относительные коэффициенты половозрастных затрат по следующим половозрастным группам:

- 0-1 года мужчины/женщины;
- 1-4 года мужчины/женщины;
- 5-17 лет мужчины/женщины;
- 18-64 лет мужчины/женщины;
- 65 лет и старше мужчины/женщины;

Относительные коэффициенты половозрастных затрат для i-той половозрастной группы рассчитываются по формуле:

$$KД_{i_{cmm}} = \frac{P_{i_{cmm}}}{P_{cmm}}, \text{ где}$$

$$P_{cmm} = \frac{Z_{cmm}}{Q_{общ} * M}, \text{ где}$$

$Z_{cmm}$  – затраты на оплату скорой медицинской помощи за расчетный период (квартал, год) на основании реестров счетов в целом по Воронежской области;

$M$  – количество месяцев в расчетном периоде;

$Q_{общ}$  - общая численность прикрепившихся лиц ко всем медицинским организациям на первое число первого месяца расчетного периода.

$$P_{i_{cmm}} = \frac{Z_{i_{cmm}}}{Q_{i_{cmm}} * M}, \text{ где}$$

$Z_{i_{cmm}}$  - затраты на оплату скорой медицинской помощи оказанной застрахованным, попавшим в i-тый половозрастной интервал за расчетный период (квартал, год) на основании реестров счетов;

$Q_{i_{cmm}}$  - численность застрахованных лиц, попадающих в i-тый половозрастной интервал, на первое число первого месяца расчетного периода.

На 2021 год устанавливаются следующие половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи:

Таблица 11.

| Половозрастные группы | Женщины | Мужчины |
|-----------------------|---------|---------|
| от 0 до 1 года        | 1,636   | 1,818   |
| от 1 года до 4 лет    | 0,983   | 1,098   |
| от 5 до 17 лет        | 0,361   | 0,382   |
| от 18 до 64 лет       | 0,788   | 0,719   |
| 65 лет и старше       | 2,419   | 2,041   |

Значения коэффициента дифференциации  $KД_{cmm}^i$  определяется с учетом расходов на содержание имущества, расходов на коммунальные услуги, расходов на уплату налога на имущество и земельного налога.

Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива ранжируются от максимального до минимального значения и объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы ( $СКД_{имm_{cmm}}^i$ ).

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование скорой медицинской помощи рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{\Pi H_{cmm_{баз}} * Q_{cmm}}{\sum_i (\Delta H_{cmm_i} * Q_{i_{cmm}})}.$$

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации для группы (подгруппы) медицинских организаций ( $\Phi\Delta\text{Пн}^i$ ) рассчитывается по формуле:

$$\Phi\Delta\text{Пн}^i = \Delta\text{Нн}^i * ПК$$

Страховая медицинская организация рассчитывает объем средств, подлежащий перечислению в окончательный расчет за медицинскую помощь, оказанную  $i$ -ой станцией (подстанцией) СМП или отделением СМП, входящим в состав медицинской организации ( $OP_i$ ), по формуле:

$$OP_i = O\Phi_i - AB_{i_{\text{см}}} - \sum c\chi 1 + \sum c\chi 2 + \sum c\chi 3, \text{ где}$$

$AB_{i_{\text{см}}}$  – аванс на финансируемый месяц для  $i$ -той станции (подстанции) СМП или отделения СМП, входящего в состав медицинской организации;

$\sum c\chi 1$  – сумма принятых к оплате счетов других медицинских организаций за оказанную медицинскую помощь застрахованным гражданам, прикрепленным к  $i$ -той станции (подстанции) скорой медицинской помощи;

$\sum c\chi 2$  – сумма принятых к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь застрахованным гражданам  $i$ -той станцией (подстанцией) скорой медицинской помощи, прикрепленным к другим станциям (подстанциям) скорой медицинской помощи.

$\sum c\chi 3$  – сумма принятых к оплате счетов за проведение системного тромболизиса, токолитической терапии препаратами атозибана, оказания скорой медицинской помощи специализированными (реанимационными) выездными бригадами.

Медицинские организации, включенные в систему подушевого финансирования скорой медицинской помощи, ежемесячно формируют и представляют в страховые медицинские организации счета и реестры счетов за оказанную медицинскую помощь.

3.4.2. Тарифы на оплату вызовов скорой помощи, не входящих в оплату по подушевому нормативу финансирования, а также тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, устанавливаются согласно приложению 36.

3.5. При оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, оплата оказанной медицинской помощи осуществляется по тарифам согласно приложениям 5, 11-27, 29-31, 33, 36.

3.6. В случае проведения диагностических и/или лабораторных исследований пациентам, находящимся на лечении в медицинских организациях Воронежской области в условиях стационара или дневного стационара, в иных медицинских организациях стоимость оказанной медицинской помощи уменьшается на стоимость проведенных исследований.

3.7. В случае проведения телемедицинских консультаций пациентам, находящимся на лечении в медицинских организациях Воронежской области в условиях стационара или дневного стационара, стоимость оказанной медицинской помощи уменьшается на стоимость проведенных телеконсультаций.

3.8. Базовые тарифы на оплату гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») и перitoneального диализа (код услуги А18.30.001 «Перitoneальный диализ») установить равными 5 492,0 руб.

Для расчета стоимости остальных услуг диализа, оказываемых на территории Воронежской области, к базовому тарифу применяются коэффициенты относительной затратоемкости, представленные в приложении 30.

Округление стоимости услуг диализа производится по правилам математического округления до целого значения (до рублей).

### **3.9. Структура тарифов на оплату медицинской помощи**

**3.9.1. Структура тарифа включает в себя расходы:**

- при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь):

на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, 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), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу,

- при оказании медицинской помощи в условиях стационара (специализированная медицинская помощь, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи):

на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

- при оказании медицинской помощи в условиях стационара (высокотехнологичная медицинская помощь):

на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств.

Распределение затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, по различным источникам финансирования (ОМС, бюджет, др.) производится в соответствии с пунктом 208 раздела XII «Методика расчета тарифов на

оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» Правил обязательного медицинского страхования, и иным действующим законодательством.

Порядок распределения затрат по источникам их финансового обеспечения устанавливается локальным нормативным актом (учетной политикой) медицинской организации.

3.9.2. Тарифы на оплату медицинской помощи, применяемые при оплате амбулаторной помощи (оплата врачебных посещений, в том числе при консультативном приеме) предусматривают компенсацию затрат на посещение специалиста определенного профиля, а также включают распределенные по профильным посещениям расходы на проведение диагностических и лабораторных исследований, лечебных манипуляций, медицинских услуг параклинических подразделений.

Тарифы на проведение диализа предусматривают компенсацию затрат на проведение процедуры диализа (перitoneального диализа) и, в том числе, включают расходы на приобретение расходных материалов, диагностические и лабораторные исследования, лечебные манипуляции, медицинские услуги параклинических подразделений. При этом проезд пациентов до места оказания медицинских услуг не включен в тариф на оплату медицинской помощи.

3.9.3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях стационаров, предусматривают компенсацию затрат по профилю оказания медицинской помощи, в том числе, включают в себя расходы на реанимационные услуги, анестезиологические пособия, лечебные манипуляции, диагностические и лабораторные исследования, консультации специалистов, другие медицинские услуги параклинических подразделений.

3.9.4. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, предусматривают компенсацию затрат по профилю оказания медицинской помощи и, в том числе, включают в себя расходы на анестезиологические пособия, лечебные манипуляции, диагностические и лабораторные исследования, другие медицинские услуги параклинических подразделений, предоставленные пациентам, использование расходных материалов и медикаментов.

3.9.5. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой службой СМП, предусматривают компенсацию затрат по профилю вызова и, в том числе, включают в себя расходы на проведение интенсивной терапии, противошоковых, реанимационных мероприятий, инвазивных вмешательств; использование расходных материалов и медикаментов.

3.9.6. За счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется, в том числе оплата труда работников медицинской организации, не имеющих медицинского образования, которые участвуют в оказании медицинской помощи, в том числе медицинской реабилитации, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.9.7. Финансовое обеспечение проведения патологоанатомическими отделениями медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования, диагностических исследований, проводимых по заболеваниям, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования. Распределение расходов на содержание патологоанатомических отделений по источникам финансирования (бюджет, ОМС, платные услуги и др.) осуществляется пропорционально количеству проведенных диагностических исследований.

3.9.8. Эффективным использованием средств ОМС является такое их использование медицинскими организациями, которое обеспечивает достижение заданных результатов с использованием наименьшего объема средств (экономности) и (или) достижение наилучшего результата с использованием определенного объема средств ОМС (результативности).

Использование средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями на финансирование мероприятий, видов медицинской помощи, не

включенных в территориальную программу обязательного медицинского страхования, на оплату видов расходов, не включенных в состав тарифов на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, является нецелевым, влечет за собой уплату медицинской организацией штрафа и возврат средств, использованных не по целевому назначению, в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области в соответствии со статьей 39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

#### **IV. Размеры 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**

Размеры 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, рассчитанные в соответствии с главой IX Правил обязательного медицинского страхования, устанавливаются в приложении 37 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень оснований для неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества соответствует перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющемуся приложением № 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (приказ ФФОМС от 28.02.2019 № 36).

#### **V. Заключительные положения**

5.1. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению всех сторон.

5.2. Стороны принимают на себя обязательства выполнять настоящее Тарифное соглашение.

5.3. Данное Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2021 года.

5.4. В случае возникновения споров по настоящему Тарифному соглашению стороны принимают меры для их разрешения путем переговоров между собой.

5.5. Данное соглашение может быть пересмотрено досрочно по предложению одной из сторон.

5.6. За невыполнение данного соглашения стороны несут ответственность в порядке, установленном действующим законодательством.

Приложения: 1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях на 2021 год.

2. Перечень медицинских организаций Воронежской области и видов амбулаторной помощи не входящих в систему подушевого финансирования на прикрепившихся лиц в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2021 год.

3. Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов и размер финансового обеспечения на 2021 год.

4. Классификатор медицинских услуг, оказываемых по стоматологии в медицинских организациях Воронежской области в объеме территориальной программы ОМС, на 2021 год.
5. Прейскурант тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказываемой в приемных отделениях стационаров без последующей госпитализации, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2021 год.
6. Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих стационарную медицинскую помощь, в разрезе уровней оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2021 году.
7. Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2021 году.
8. Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих скорую медицинскую помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации) в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2021 году.
9. Перечень медицинских организаций и их структурных подразделений для которых применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, удаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала на 2021 год.
10. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи на 1 застрахованное лицо на 2021 год.
11. Прейскурант тарифов на оплату первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, при разовых посещениях медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения, а также при диспансерном наблюдении и оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, (взрослое и детское население) на 2021 год.
12. Прейскурант тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказываемой при консультативном приеме, участвующих в реализации ТПОМС Воронежской области, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, (взрослое и детское население) на 2021 год.
13. Прейскурант тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказываемой средним медицинским персоналом в фельдшерско-акушерских пунктах, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2021 год.
14. Прейскурант тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказываемой в амбулаторных условиях при обращении по поводу заболевания (взрослое и детское население), в том числе при оказании медицинской

помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2021 год.

15. Прейскурант тарифов на оплату комплексного посещения проведения первого этапа диспансеризации взрослого населения, в том числе при выездах мобильных медицинских комплексов, мобильными медицинскими бригадами и оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2021 год.

16. Прейскурант тарифов на оплату комплексного посещения проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2021 год.

17. Прейскурант тарифов на оплату комплексного посещения проведения профилактического медицинского осмотра взрослого населения, в том числе при выездах мобильных медицинских комплексов, мобильными медицинскими бригадами и оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2021 год.

18. Прейскурант тарифов на оплату комплексного посещения проведения первого этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2021 год.

19. Прейскурант тарифов на медицинские услуги по проведению диспансеризации взрослого населения, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2021 год.

20. Прейскурант тарифов на оплату неотложной стоматологической медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказываемой взрослому и детскому населению, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2021 год.

21. Прейскурант тарифов на оплату лабораторных исследований (за исключением проведения молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2021 год.

22. Прейскурант тарифов на оплату диагностических исследований (за исключением проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований), в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2021 год.

23. Прейскурант тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказываемой в центрах здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака, в том числе при оказании медицинской помощи лицам,

застрахованным на территории других субъектов РФ, (взрослое и детское население) на 2021 год.

24. Прейскурант тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказываемой в амбулаторных условиях при разовых посещениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в консультативно-диагностических центрах, центрах амбулаторной онкологической помощи и при выездах мобильных медицинских комплексов, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, (взрослое и детское население) на 2021 год.

25. Прейскурант тарифов на оплату посещений по неотложной медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (детское и взрослое население), в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2021 год.

26. Прейскурант тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказываемой в травматологических пунктах, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2021 год.

27. Прейскурант тарифов на оплату отдельных услуг в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2021 год.

28. Перечень КСГ, применяемых при оплате медицинской помощи оказываемой в стационарных условиях (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ на 2021 год.

29. Прейскурант тарифов на оплату законченных случаев лечения в стационарных условиях, включенных в КСГ, по уровням оказания медицинской помощи, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2021 год.

30. Коэффициенты относительной затратоемкости к базовому тарифу для оплаты диализа.

31. Прейскурант тарифов на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи на 2021 год, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ.

32. Перечень КСГ, применяемых при оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ на 2021 год.

33. Прейскурант тарифов на оплату законченных случаев лечения в условиях дневного стационара, включенных в КСГ, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2021 год.

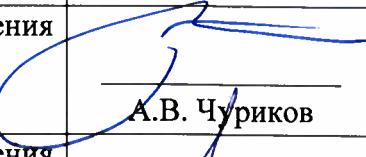
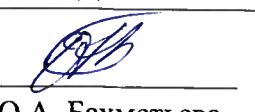
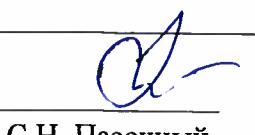
34. Прейскурант тарифов на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований, для которых установлены отдельные нормативы территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе при

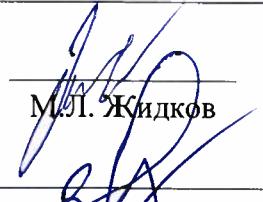
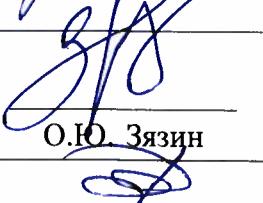
оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2021 год.

35. Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, на 1 застрахованное лицо на 2021 год.

36. Прейскурант тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в том числе лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2021 год.

37. 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.

|     |  |  |
|-----|--|--|
| 1.  | Первый заместитель руководителя департамента здравоохранения Воронежской области, председатель Комиссии  | <br>O.E. Минаков      |
| 2.  | Директор ТФОМС Воронежской области   | <br>A.B. Данилов      |
| 3.  | Заместитель руководителя департамента финансов Воронежской области   | <br>L.V. Тычинин    |
| 4.  | Заместитель руководителя департамента здравоохранения Воронежской области  | <br>A.B. Чуриков    |
| 5.  | Заместитель руководителя департамента здравоохранения Воронежской области  | <br>H.E. Нехаенко   |
| 6.  | Заместитель директора по экономическим вопросам ТФОМС Воронежской области  | <br>L.V. Денисова   |
| 7.  | Начальник юридического отдела ТФОМС Воронежской области  | <br>O.A. Бахметьева |
| 8.  | Председатель Воронежской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ   | <br>V.A. Максимов   |
| 9.  | Член комитета Воронежской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ, председатель мандатной комиссии, главный врач БУЗ ВО «Новоусманская РБ» | <br>I.N. Потанин    |
| 10. | Член комитета Воронежской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ, главный врач БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая больница № 5»    | <br>S.N. Пасечный   |

|     |   |   |
|-----|---|---|
| 11. | Член Союза медицинского сообщества "Ассоциация работников здравоохранения Воронежской области", главный врач бюджетного учреждения здравоохранения Воронежской области "Воронежская областная детская клиническая больница N 1" | <br>М.И. Жидков      |
| 12. | Член Союза медицинского сообщества «Ассоциация работников здравоохранения Воронежской области», главный врач БУЗ ВО «Острогожская РБ»   | <br>О.Ю. Зязин       |
| 13. | Директор Воронежского филиала АО "Страховая компания "СОГАЗ-Мед"  | <br>Ю.В. Бессарабова |
| 14. | Заместитель генерального директора по экономике и финансам общества с ограниченной ответственностью "Медицинская страховая компания "ИНКО-МЕД"  | <br>С.П. Куршина     |