

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ НА 2020 ГОД

I. Общие положения

1.1. Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на 2020 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 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденной постановлением Правительства РФ от 07.12.2019 № 1610, Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов на территории Воронежской области, утвержденной постановлением правительства Воронежской области от 27.12.2019 № 1306, (далее - постановление правительства Воронежской области от 27.12.2019 № 1306), Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н (далее – Правила обязательного медицинского страхования), Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36, 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 формировании и экономическом обосновании территориальной программы 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 № 11-7/и/2-11779 от 12.12.2019 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, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной 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, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии).

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации.

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

- 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 лабораторных исследований (за исключением проведения молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии);
- 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;
- дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой.

В подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи не включаются расходы на:

- проведение диспансеризации и медицинских осмотров, в том числе проведение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения при выездах мобильных медицинских комплексов, мобильными медицинскими бригадами;
- финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов;
- 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;
- проведение молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии;
- проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований;
- 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 2020 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 2020 год установлен приложением 1.

2.1.2.1. Оплата медицинской помощи, оказываемой при консультативном приеме, 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, 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 2020 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. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, взрослого населения осуществляется по тарифу за комплексное посещение в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются завершенными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

Оплата 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 осуществляется по тарифам за комплексное посещение в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Перечень медицинских организаций Воронежской области, участвующих в проведении профилактического медицинского осмотра и 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 2020 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. Оплата проведения второго этапа диспансеризации взрослого населения осуществляется по тарифам за фактически выполненные осмотры (исследования, мероприятия).

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

Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих медицинскую помощь в консультативно-диагностических центрах в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2020 году, устанавливается согласно приложению 3.

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 без последующей госпитализации пациента в условия круглосуточного стационара оплата медицинской помощи осуществляется по тарифу, установленному приложением 5.

2.1.2.12. Оплата дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой осуществляется 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 2020 году, устанавливается согласно приложению 6.

Медицинские организации, по которым установленные Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия) объемы оказания высокотехнологичной медицинской помощи составляют 3,0 % и более от общего объема специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, коэффициент третьего уровня (подуровня) применяется ко всей медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

Медицинские организации, по которым установленные Комиссией объемы оказания высокотехнологичной медицинской помощи составляют менее 3,0 % от общего объема специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, 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);
- 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 определяется по следующей формуле:

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

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

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

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

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

$$PK_{стаци} = KUC_{мо} * KСЛП_{стаци}, \text{ где}$$

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

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

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 случаи, 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:

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 80 % 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 50 % от стоимости КСГ.

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

№ 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
st05.006	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые*
st05.007	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые*
st05.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе*
st05.009	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы*
st05.010	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
st05.011	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
st12.010	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые

№ КСГ	Наименование КСГ
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	С сотрясение головного мозга
st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st19.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
st19.028	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
st19.029	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
st19.030	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
st19.031	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
st19.032	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
st19.033	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
st19.034	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
st19.035	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
st19.036	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
st19.056	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*
st19.057	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*
st19.058	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
st19.038	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
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)
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)

№ КСГ	Наименование КСГ
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	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
st32.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
st36.003	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
st36.009	Реинфузия аутокрови
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 лечение 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).

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 ($K_{СЛП_{стационар}}$). К сверхдлительным относятся случаи лечения сроком выше 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 (st19.039-st19.055, ds19.001-ds19.015), т.е. указанные случаи не могут считаться сверхдлительными и оплачиваться с применением соответствующего КСЛП.

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

$$K_{СЛП_{стационар}} = 1 + \frac{\Phi КД - НКД}{НКД} * K_{\alpha}, \text{ где}$$

ФКД – 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», а также 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:

O14.1 Тяжелая преэклампсия.

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

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

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

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

Оплата по двум КСГ осуществляется также в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ 10:

– 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 реинфузии 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- st17.006).

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 1.

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	Доброполучательные новообразования, новообразования in situ,	0,89

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
				неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)	0,58	st02.008	Добропачественные 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, установленными постановлением правительства Воронежской области от 27.12.2019 № 1306 (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.

2.3. 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 2020 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);

- 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.

Стоймость одного случая лечения в дневном стационаре (CC_{dc}) по КСГ определяется по следующей формуле:

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

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

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

PK_{dc} - поправочный коэффициент оплаты КСГ.

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

$$PK_{dc} = KSLP_{dc}, \text{ где}$$

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

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

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 случаев, 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:

№ КСГ	Наименование КСГ
ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.007	Аборт медикаментозный
ds05.003	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые*
ds05.004	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые*
ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе*
ds05.006	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы*
ds05.007	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
ds15.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
ds19.018	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
ds19.019	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
ds19.020	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
ds19.021	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
ds19.022	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
ds19.023	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
ds19.024	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
ds19.025	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
ds19.026	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
ds19.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
ds19.030	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*

ds19.031	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*
ds19.032	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
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
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 перитонеальный 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 2020 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 (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) станциями (подстанциями) скорой медицинской помощи, включает расходы на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой в экстренной и неотложной формах.

При оплате медицинской помощи 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 27.12.2019 № 1306, на 2020 год составляет 4311,2 руб.

3.1.1. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц ($Пн_{баз}$) на 2020 год - 1625,45 руб., в том числе в расчете на месяц устанавливается равным 135,45 руб.

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 ($ПФ_{j,ап}$), по формуле:

$$ПФ_{j,ап} = \PhiДПн_{j,i} * Ч_j - OC_{po,j}, \text{ где}$$

$\PhiДП_{n_i}$ - дифференцированный подушевой норматив для j -ой медицинской организаций, 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;

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

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

Распределение застрахованных лиц по медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц на 1 января 2019 года, устанавливается согласно приложению 9.

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 ($ДП_{n_i}$) для медицинских организаций по следующей формуле:

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

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

$КД_{nb}^i$ - 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 ($КД_{nb_an}^j$) рассчитывается для j -той медицинской организации.

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

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 2020 год устанавливаются следующие половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи:

Таблица 2.

Половозрастные группы	Женщины	Мужчины
от 0 до 1 года	1,179	1,233
от 1 года до 4 лет	1,850	1,866
от 5 до 17 лет	1,403	1,392
от 18 до 64 лет	1,039	0,521
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, 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 2020 год, устанавливается согласно приложению 40.

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

Коэффициенты уровней (подуровней) оказания медицинской помощи

Уровни (подуровни)	Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи
1 уровень	0,90
1.1	0,60
1.2	0,70
1.3	0,80
1.4	1,00
1.5	1,10
1.6	1,40
1.7	1,65
1.8	1,80
2 уровень	1,16
2.1	0,40
2.2	0,70
2.3	0,90
2.4	1,00
2.5	1,15
2.6	1,32
2.7	1,47
2.8	1,60

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:

$$PK = \frac{\sum_j (ДПн_{j_i} * Ч_j)}{ДПн_{баз} * Ч_3}.$$

Фактический дифференцированный подушевой норматив для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций ($ФДПн^i$) рассчитывается по формуле:

$$ФДПн^i = ДПн^i / PK$$

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-ой медицинской организацией ($\Pi\Phi_{j_{имп} АП}$), по формуле:

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

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

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

$\sum c\chi 2$ – сумма принятых к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь застрахованным гражданам j-ой 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 гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии);

- 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 3.

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

Показатели	Единица измерения	Порядок расчета	Значение показателя	Период оценки
1. Показатели результативности				
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) x100 % Общее количество жалоб за отчетный период (поступившие в ТФОМС, СМО)	- < 5 % - 2 балла; ->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 x 10000 Количество прикрепленного населения	Оценивается соотношение показателя МО к утвержденному нормативу вызовов СМП на 1 застрахованного (постановление Правительства ВО № 1306 от 27.12.2019) Среднемесячный показатель вызовов > установленного - 0 баллов, ≤ 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 x1000 Количество прикрепленного населения	Соотношение показателя МО к среднеобластному значению. ≥ среднеобр. - 0 баллов, < среднеобр. - 1 балл.	1 раз в месяц
1.4. Доля экстренных госпитализаций в общем объеме госпитализаций прикрепленного населения	%	Кол-во экстренных госпитализаций прикрепленного населения за отчетный период x100 % Общий объем госпитализаций прикрепленного населения за отчетный период	Соотношение показателя МО к среднеобластному значению. ≥ среднеобр. - 0 баллов, < среднеобр. - 1 балл.	1 раз в месяц

Показатели	Единица измерения	Порядок расчета	Значение показателя	Период оценки
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 x100 % Общее число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования за отчетный период	- < 50 % - 2 балла; ≥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 x1000 Количество прикрепленного населения трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет)	Соотношение показателя МО к среднеобластном у значению. ≥ среднеобр. - 0 баллов, < среднеобр. - 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 x1000 Количество прикрепленного населения трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет)	Соотношение показателя МО к среднеобластном у значению. ≥ среднеобр. - 0 баллов, < среднеобр. - 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 x1000 Количество прикрепленного населения трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет)	Соотношение показателя МО к среднеобластном у значению. ≥ среднеобр. - 0 баллов, < среднеобр. - 1 балл.	Квартал, год
1.9. Доля посещений по заболеваниям, осуществленным в неотложной форме, от общего числа посещений по заболеваниям	%	Кол-во посещений в неотложной форме за отчетный период x100 % 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. ≥ среднеобр. - 0 баллов, < среднеобр. - 1 балл.	1 раз в месяц
1.10. Исполнение объемов посещений с профилактической	%	Фактическое количество посещений с профилактической и иными целями за отчетный период	- 90 и более - 2 балла, - 75 - 89 % - 1	1 раз в месяц

Показатели	Единица измерения	Порядок расчета	Значение показателя	Период оценки
и иными целями, установленных Комиссией по разработке ТПОМС		$\frac{\text{Утвержденное количество посещений с профилактической и иными целями за отчетный период}}{\text{Фактическое количество обращений в связи с заболеваниями за отчетный период}} \times 100\%$	балл, - < 75 % - 0 баллов	
1.11. Исполнение объемов обращений в связи с заболеваниями, установленных Комиссией по разработке ТПОМС	%	$\frac{\text{Утвержденное количество обращений в связи с заболеваниями за отчетный период}}{\text{Фактическое количество обращений в связи с заболеваниями за отчетный период}} \times 100\%$	- 90 и более - 2 балла, - 75-89 % - 1 балл, - < 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	$\frac{\text{Кол-во комплексных посещений проведения 1 -го этапа диспансеризации опр. гр. взр. нас., принятых к оплате за отчетный период с начала года}}{\text{Объем запланированных комплексных посещений диспансеризации опр. гр. взр. нас. за отчетный период с начала года}} \times 100\%$	-80% и более – 2 балла, -60- 79 % - 1 балл, - < 60 % - 0 баллов	Квартал, год
2.2. Доля пациентов, охваченных диспансерным наблюдением из числа подлежащих	100% от подлежащих	$\frac{\text{Фактическое количество посещений с диспансерным наблюдением за отчетный период (первое посещение)}}{\text{Запланированное количество лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в отчетном периоде}} \times 100\%$	80% и более – 2 балла, < 80 % - 0 баллов	1 раз в месяц
2.3. Доля посещений с профилактической целью от общего количества посещений	Не менее 50%	$\frac{\text{Кол-во посещений с профилактической целью за отчетный период (цели 7, 9, 13, 14, 140, 64, 640, диспансеризация и мед. осмотры)}}{\text{Общий объем посещений за отчетный период (цели 1, 7, 9, 10, 13, 14, 140, 15, 22, 36, 52, 30, 301, 3, 64, 640, диспансеризация и мед. осмотры)}} \times 100\%$	- ≥50 % -2 балла; - <50 % - 0 баллов	1 раз в месяц
2.4. Количество посещений на 1000 человек прикрепленного населения	Ед.	$\frac{\text{Кол-во посещений к врачам в поликлинике за отчетный период (цели 1, 7, 9, 10, 15, 22, 36, 52, 30, 301, 3, 64, 640, диспансеризация и мед. осмотры)}}{\text{Количество прикрепленного населения}} \times 1000$	Соотношение показателя МО к среднеобластному значению. ≥ среднеобр. - 2 балла, < 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.

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 2020 год:

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей, - 287,2 тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, - 957,2 тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, - 1516,4 тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, - 1702,8 тыс. рублей.

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий более 2000 жителей, - 1702,8 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 гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии), 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 142,77 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.

3.2. При оказании медицинской помощи в условиях стационара

Согласно постановлению правительства Воронежской области от 27.12.2019 № 1306 средний размер финансового обеспечения стационарной помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на 1 застрахованное лицо на 2020 год составляет 5 857,8 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 2020 год устанавливается в размере 22 629,4 руб.

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

Таблица 4.

Коэффициенты уровней (подуровней) оказания медицинской помощи

Уровни (подуровни)	Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи
1	0,95
2 (средний)	1,1
2А	0,9
2Б	1,0
2В	1,1
2Г	1,15
2Д	1,25
3 (средний)	1,3
3А	1,1
3Б	1,15
3В	1,2

Коэффициенты уровней (подуровней) оказания медицинской помощи не применяются к следующим КСГ:

Таблица 5.

№ КСГ	Наименование КСГ
st01.001	Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода
st02.002	Беременность, закончившаяся абортальным исходом
st02.006	Послеродовой сепсис
st02.012	Операции на женских половых органах (уровень 3)
st03.002	Ангионевротический отек, анафилактический шок
st04.001	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
st06.003	Легкие дерматозы
st09.003	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)
st09.004	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)
st09.008	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)
st09.009	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)
st09.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)
st10.003	АпPENDэктомия, дети (уровень 1)
st10.005	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)
st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
st15.005	Эпилепсия, судороги (уровень 1)
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)
st16.003	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии
st16.005	Сотрясение головного мозга
st16.010	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)
st16.011	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)
st20.008	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
st20.009	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st27.001	Болезни пищевода, гастрит, дуodenит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
st27.003	Болезни желчного пузыря
st27.005	Гипертоническая болезнь в стадии обострения
st27.006	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)
st27.010	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
st28.004	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)

№ КСГ	Наименование КСГ
st28.005	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)
st29.002	Переломы шейки бедра и костей таза
st29.003	Переломы бедренной кости, другие травмы области бедра и тазобедренного сустава
st29.004	Переломы, вывихи, растяжения области грудной клетки, верхней конечности и стопы
st29.005	Переломы, вывихи, растяжения области колена и голени
st29.012	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)
st29.013	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)
st30.004	Болезни предстательной железы
st30.008	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)
st30.009	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)
st30.015	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)
st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
st31.009	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)
st31.010	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)
st31.012	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
st31.018	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы
st32.004	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)
st32.010	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатiperстной кишке (уровень 3)
st32.011	АпPENDэктомия, взрослые (уровень 1)
st32.012	АпPENDэктомия, взрослые (уровень 2)
st32.013	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
st32.014	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
st32.015	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
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 мембранный оксигенация
st37.004	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (6 баллов по ШРМ)

Тарифы законченных случаев лечения в стационарных условиях, включенных в КСГ, на 2020 год по уровням оказания медицинской помощи устанавливаются согласно приложению 29.

Оплата коротких и прерванных случаев лечения в стационарных условиях, включенных в КСГ на 2020 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 6.

№ п/п	Случаи, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента	Коэффициент сложности лечения 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)	1,05
3.	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет) (в том числе, включая консультацию врача-гериатра)**	1,05
4.	Сложность лечения пациента при наличии у него старческой астении <***>	1,1
5.	Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями	В соответствии с расчетным 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 ($KSLP_{сумм}$) при наличии нескольких критерии выполняются по формуле:

$$KSLP_{сумм} = KSLP_1 + (KSLP_2 - 1) + (KSLP_h - 1)$$

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

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

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 27.12.2019 № 1306 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 2020 год составляет 1237,8 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 2020 год устанавливается в размерах 12 309,5 руб.;

Тарифы на оплату законченных случаев лечения в условиях дневного стационара, включенных в КСГ, на 2020 год устанавливаются согласно приложению 33.

Оплата коротких и прерванных случаев лечения в условиях дневного стационара, включенных в КСГ на 2020 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, коэффициенты сложности лечения пациента применяются в следующих случаях:

Таблица 7.

N п/п	Наименование этапов проведения ЭКО	Коэффициент сложности лечения пациента
1	Проведение первого этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции), I - II (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки), I - III (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов (неполный цикл)	0,6
2	Проведение I - III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов (неполный цикл)	1
3	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов*	1
4	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов	1,1
5	Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос)	0,19

*> В данный этап не входит осуществление размораживания криоконсервированных эмбрионов и перенос криоконсервированных эмбрионов в полость матки.

В случае проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов, а также проведения первых трех этапов ЭКО с

последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ ds02.005 «Экстракорпоральное оплодотворение» без применения КСЛП.

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 27.12.2019 № 1306, на 2020 год, составляет 690,1 руб.

3.4.1. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации ($\text{ПН}_{\text{смп}_\text{баз}}$) на 2020 год – 677,19 руб., в том числе в расчете на месяц устанавливается равным 56,43 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:

$$O\Phi_i = \Phi \text{ДПН}_{\text{смп}_i} * \text{Ч}_{i_{\text{смп}}} + OC_e, \text{ где}$$

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

$\text{Ч}_{i_{\text{смп}}}$ – численность застрахованных лиц, обслуживаемых i-ой станцией (подстанцией) СМП или отделением СМП, входящим в состав медицинской организации, человек;

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

Численность застрахованных лиц, обслуживаемых станцией (подстанцией) СМП или отделением СМП, входящим в состав медицинской организации, на 1 января 2019 года устанавливается согласно приложению 34.

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 ($\text{ДПН}_{\text{смп}_i}$) по следующей формуле:

$$\text{ДПН}_{\text{смп}_i} = \text{ПН}_{\text{смп}_\text{баз}} * \text{СКД}^i_{\text{инт}_{\text{смп}}}, \text{ где}$$

$\text{ПН}_{\text{смп}_\text{баз}}$ – базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;

$\text{СКД}^i_{\text{инт}_{\text{смп}}}$ – 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 ($KД'_{имм}$) по следующей формуле:

$$KД'_{имм} = KД'_{нв_{смн}} * KД'_{сн_{смн}}, \text{ где}$$

$KД'_{нв_{смн}}$ - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива скорой медицинской помощи, рассчитанный для i -той медицинской организации;

$KД'_{сн_{смн}}$ - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций;

$$KД'_{нв_{смн}} = \frac{\sum KД_{i_{смн}} * Ч_{i_{смн}}}{\sum Ч_{i_{смн}}}$$

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:

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

$$P_{смн} = \frac{З_{смн}}{Ч_{общ} * M}, \text{ где}$$

$З_{смн}$ – 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;

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

$$P_{i_{смн}} = \frac{З_{i_{смн}}}{Ч_{i_{смн}} * M}, \text{ где}$$

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

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

На 2020 год устанавливаются следующие половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи:

Таблица 8.

Половозрастные группы	Женщины	Мужчины
от 0 до 1 года	2,030	2,232
от 1 года до 4 лет	1,290	1,477

от 5 до 17 лет	0,424	0,456
от 18 до 64 лет	0,745	0,681
65 лет и старше	2,357	1,793

Значения коэффициента дифференциации $KД_{сн_{сн}}^i$ 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 ($СКД'_{шт_{сн}}$).

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:

$$ПК = \frac{\sum_i (ДПн_{сн_i} * Ч_{сн})}{ДПн_{сн баз} * Ч_{сн}}.$$

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации для группы (подгруппы) медицинских организаций ($ФДПн'$) рассчитывается по формуле:

$$ФДПн' = \frac{ДПн'}{ПК}$$

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:

$$OP_i = O\Phi_i - AB_{i_{сн}} - \sum c41 + \sum c42 + \sum c43, \text{ где}$$

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

$\sum c41$ – сумма принятых к оплате счетов других медицинских организаций за оказанную медицинскую помощь застрахованным гражданам, прикрепленным к i-ой станции (подстанции) скорой медицинской помощи;

$\sum c42$ – сумма принятых к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь застрахованным гражданам i-ой станцией (подстанцией) скорой медицинской помощи, прикрепленным к другим станциям (подстанциям) скорой медицинской помощи.

$\sum c43$ – 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 страховую 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 5 276,0 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.

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, гистологических и цитологических исследований пациентов (прижизненное патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пациента в рамках порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи) осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования. Распределение расходов на содержание патологоанатомических отделений медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования, по источникам финансирования (бюджет, ОМС, платные услуги и др.) осуществляется пропорционально количеству проведенных гистологических исследований и вскрытий, цитологических 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».

Расходы медицинских организаций, связанные с возмещением (восстановлением) средств, использованных не по целевому назначению, за счет средств ОМС не осуществляется.

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 распространяется на отношения, возникшие с 01 января 2020 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 2020 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 2020 год.

3. Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих медицинскую помощь в консультативно-диагностических центрах в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2020 году.

4. Классификатор медицинских услуг, оказываемых по стоматологии в медицинских организациях Воронежской области в объеме территориальной программы ОМС, на 2020 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 2020 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 2020 году.

7. Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2020 году.

8. Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих скорую медицинскую помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации) в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2020 году.

9. Распределение застрахованных лиц по медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, применяемое при расчете финансирования амбулаторной помощи по подушевому нормативу на 2020 год.

10. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи на 1 застрахованное лицо на 2020 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 2020 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 2020 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 2020 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 2020 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 2020 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 2020 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 2020 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 2020 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 2020 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 2020 год.

21. Прейскурант тарифов на оплату лабораторных исследований (за исключением проведения молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии), в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2020 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 2020 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 2020 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 2020 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 2020 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 2020 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 2020 год.

28. Перечень КСГ, применяемых при оплате медицинской помощи оказываемой в стационарных условиях (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ на 2020 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 2020 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 2020 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 2020 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 2020 год.

34. Распределение застрахованных лиц по медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, применяемое при расчете финансирования скорой медицинской помощи по подушевому нормативу на 2020 год.

35. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, на 1 застрахованное лицо на 2020 год.

36. Прейскурант тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в том числе лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2020 год.

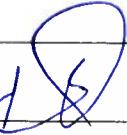
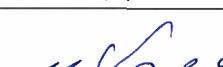
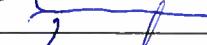
37. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

38. Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов с численностью обслуживаемого населения и размером финансового обеспечения на 2020 год.

39. 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 2020 год.

40. 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 2020 год.

1.	Первый заместитель руководителя департамента здравоохранения Воронежской области, председатель Комиссии	 О.Е. Минаков
2.	Директор ТФОМС Воронежской области	 А.В. Данилов
3.	Начальник отдела формирования и экономического обоснования территориальной программы обязательного медицинского страхования ТФОМС Воронежской области, секретарь Комиссии	 И.К Халипина
4.	Заместитель руководителя департамента финансов Воронежской области	 Л.В. Тычинин
5.	Заместитель руководителя департамента здравоохранения Воронежской области	 А.В. Чуриков
6.	Заместитель руководителя департамента здравоохранения Воронежской области	 Н.Е. Некаенко
7.	Заместитель директора по экономическим вопросам ТФОМС Воронежской области	 Л.В. Денисова
8.	Начальник юридического отдела ТФОМС Воронежской области	 О.А. Бахметьева
9.	Член обкома Воронежской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ, председатель мандатной комиссии, главный врач БУЗ ВО «Новоусманская РБ»	 И.Н. Потанин
10.	Член президиума Воронежской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ, главный врач БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая больница № 5»	 С.Н. Пасечный
11.	Председатель Совета Союза медицинского сообщества «Ассоциация работников здравоохранения Воронежской области», главный врач БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 10»	 М.В. Иванов
12.	Член Союза медицинского сообщества «Ассоциация работников здравоохранения Воронежской области», главный врач БУЗ ВО «Острогожская РБ»	 О.Ю. Зязин
13.	Директор Воронежского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»	 Ю.В. Бессарабова
14.	Заместитель генерального директора по экономике и финансам ООО «МСК «ИНКО-МЕД»	 С.П. Куршина
15.	Заместитель директора Воронежского филиала ООО ВТБ МС	 Н.Н. Задонская