

## ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

### о реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Байконур на 2021 год

г. Байконур

« 15 » 01. 2021 г.

Администрация города Байконур в лице заместителя Главы администрации Адасева Николая Петровича, Отдел здравоохранения города Байконур в лице и.о. начальника Головиной Натальи Владимировны, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Байконур в лице директора Воскобойник Натальи Викторовны, Страховая медицинская организация АО Страховая компания «СОГАЗ-Мед» в лице директора Байконурского филиала АО «СК«СОГАЗ-Мед» Избаевой Жанаркуль Нуралиевны, Общественная организация «Первичная профсоюзная организация комплекса «Байконур» Общественной организации «Общероссийский профессиональный союз работников общего машиностроения» в лице исполняющего обязанности председателя Кулмурзаевой Анжелики Андреевны, именуемые в дальнейшем Стороны, в соответствии с

- Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в действующей редакции);

- Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в действующей редакции);

- постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 г. № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»;

- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;

- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 декабря 2020 №1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

- приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;

- письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.12.2020 №11-7/И/2-20700 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и плановый период 2022 и 2023 годов»;

- совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12.12.2019 № 11-7/И/2-11-11779 И 17033/26-2/и, от 30.12.2020 №11-7/И/2-20691 и №00-10-26-2-04/11-51 «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» заключили настоящее Тарифное соглашение о реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Байконур на 2021 год (далее - Тарифное соглашение) о нижеследующем:

## **Раздел I. Общие положения**

### **1. Предмет тарифного соглашения**

Предметом настоящего тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядок их применения на территории города Байконур, а также способов оплаты медицинской помощи, размеров 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 (далее - санкций).

### **2. Список сокращений**

ОМС - обязательное медицинское страхование

Программа - Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи жителям города Байконур

Программа ОМС - Территориальная программа обязательного медицинского страхования, утверждаемая в составе Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи жителям города Байконур

ФОМС - Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

ТФОМС – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Байконур

МО – медицинская организация

СМО – страховая медицинская организация

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

СМП – скорая медицинская помощь

КПГ – клиничко-профильная группа

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (Десятый пересмотр)

МЭК- медико-экономический контроль

МЭЭ – медико-экономическая экспертиза

ЭКМП – экспертиза качества медицинской помощи

Правила – Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные Приказом Минздрава России от 28.02.2019 №108н

УЕТ – условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи

### 3. Основные понятия и термины

**Случай госпитализации** – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющейся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

**Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ)** – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

**Клинико-профильная группа заболеваний (КПГ)** – группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи.

**Оплата медицинской помощи по КСГ (КПГ)** – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратоемкости и поправочных коэффициентов.

**Базовая ставка** – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных настоящим Тарифным соглашением (средняя стоимость законченного случая лечения).

**Коэффициент относительной затратоемкости** – устанавливаемый методическими рекомендациями коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

**Поправочные коэффициенты** – устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов;

**Коэффициент специфики** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе заболеваний;

**Коэффициент уровня медицинской организации** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

**Коэффициент сложности лечения пациентов** - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, применяемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

**Коэффициент дифференциации** – устанавливаемый на федеральном уровне, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для города Байконур, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

**Оплата медицинской помощи за услугу** – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных настоящими рекомендациями.

**Законченный случай лечения в стационаре (дневном стационаре)** – совокупность медицинских услуг, оказанных пациенту от даты поступления до даты выписки, в соответствии с порядками и/или на основе стандартов оказания медицинской помощи с целью профилактики, медицинской реабилитации, диагностики и лечения заболеваний (в том числе выполнение хирургических операций) и состояний (включая беременность, роды и послеродовый период).

**Законченный случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях** – совокупность посещений и медицинских услуг, предоставляемых пациенту при его обращении в медицинскую организацию, при котором цель обращения за медицинской помощью достигнута.

**Прерванный случай оказания медицинской помощи** – случай оказания медицинской помощи в условиях стационара и/или дневного стационара при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, детальном исходе, при проведении диагностических исследований, оказаний услуг диализа.

К прерванным также относятся 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.

**Прикрепленные застрахованные** - застрахованные лица, включенные в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц, прикрепленные к МО для получения ПМСП по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных

организациях, с учетом положений статьи 21 Федерального закона № 323-ФЗ.

**Тарифы на оплату медицинской помощи** - система ставок, определяющих размер оплаты за единицу объема медицинской помощи (посещение, комплексное посещение, обращение, услуга, законченный случай лечения, вызов скорой медицинской помощи), на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к медицинской организации застрахованных лиц, и состав компенсируемых расходов МО по оказанию медицинской помощи, предусмотренной территориальной программой ОМС.

**Установленный объем медицинской помощи** – годовой объем медицинской помощи по условиям ее оказания, выраженный в единицах объема (посещение, комплексное посещение, обращение, услуга, законченный случай лечения, вызов скорой медицинской помощи)

#### 4. Общие положения об оплате медицинской помощи

1. Источником финансового обеспечения тарифов на медицинскую помощь являются средства, утвержденные постановлением Главы администрации города Байконур от 16.12.2020 №636 «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования города Байконур на 2021 год».

2. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС рассматриваются Комиссией, устанавливаются настоящим соглашением и являются его неотъемлемой частью. С целью поддержания системы ОМС в состоянии финансового равновесия, при изменении соотношения доходной и расходной части бюджета ТФОМС, может производиться изменение размера действующих подушевых нормативов финансирования и тарифов.

3. Формирование тарифов, включая их размер и структуру, осуществляется по условиям оказания медицинской помощи, в соответствии со способами оплаты и средними нормативами финансовых затрат, установленными Программой ОМС.

4. Тарифы рассчитываются в соответствии с методикой расчета, установленной Правилами, на основе стандартов и порядков оказания медицинской помощи.

5. Тарифы на оплату медицинской помощи, применяются медицинскими организациями для расчетов за медицинскую помощь, оказанную в соответствии с Территориальной программой ОМС застрахованным лицам на территории города Байконур, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями лицам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации.

6. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, производится в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи, в пределах объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии по условиям ее оказания и

распределенных между МО и СМО, с учетом результатов контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи.

7. При формировании счетов, реестров счетов за оказанную медицинскую помощь применяются тарифы, действующие на дату завершения случая лечения, указанную в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации.

8. Тарифное соглашение распространяется на всех участников системы ОМС при выполнении Территориальной программы ОМС.

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

При реализации территориальной программы ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи

1. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний, с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, услуг гемодиализа), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи.

Диагностические (лабораторные) исследования - тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) проводится по подушевому нормативу финансированию.

### **2. Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи**

2.1. Для первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливаются

При использовании способа оплаты по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу) осуществляется:

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

- оплата диагностических (лабораторных) исследований: проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патолого-анатомических

исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний, с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии.

за единицу объема медицинской помощи, оказываемой с профилактической и иными целями:

комплексные посещения для прохождения профилактических медицинских осмотров (включая 1-е посещение в году для проведения диспансерного наблюдения);

комплексные посещения для прохождения диспансеризации (1 этап);  
посещения с иными целями включают:

- посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений);

- посещения для проведения 2 этапа диспансеризации;

- разовые посещения в связи с заболеваниями;

- посещения в связи выдачей справок и иных медицинских документов и другими причинами;

посещения в неотложной форме;

обращение в связи с заболеваниями; (обращение - законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2);

2.2. Для специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-профильную группу заболеваний (используется, в том числе, при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи применяется 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.

- за медицинскую услугу при оплате услуг диализа.

При планировании объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (в том числе в условиях дневного стационара) и оплачиваемой по КПП, из общего объема средств, рассчитанного исходя из нормативов территориальной программы обязательного медицинского страхования бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, исключаются средства:

- предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов.

Размер базовой ставки устанавливается на год. Корректировка базовой ставки возможна в случае значительных отклонений фактических значений от расчетных не чаще одного раза в квартал.

2.3. Скорая медицинская помощь, оказанная вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

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

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, и применяемых способов оплаты медицинской помощи установлен в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

Порядок формирования и оплаты случаев оказания медицинской помощи установлен в приложении 2 к настоящему Тарифному соглашению.

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

При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи учитывается коэффициент дифференциации – 1,28, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

В размере и структуре тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается коэффициент 2 уровня оказания медицинской помощи для медицинских организаций, среднее значение коэффициента уровня медицинской организации составляет 1,05.

В части расходов на заработную плату тарифы на оплату медицинской помощи включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

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

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



- врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;
- врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы ОМС, включают расходы на:

- заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты;
- приобретение лекарственных средств, расходных материалов, медицинского инструментария, мягкого инвентаря, 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), приобретение продуктов питания или организации питания при отсутствии организованного питания в медицинской организации (далее - расходы на медикаменты, мягкий инвентарь и продукты питания);
- 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.

Включение в тариф расходов на медикаменты, перевязочные средства и медицинский инструментарий осуществляется в соответствии с действующими нормативными документами, в том числе Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, применяемых, при оказании медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС.

Структура тарифа в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования предусматривает оплату диагностических и (или) консультативных услуг, в том числе проведение физиотерапевтического лечения, лечебный массаж, лечебную физкультуру, проведение рентгенологических, ультразвуковых, эндоскопических, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, и прочих диагностических исследований.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную

медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, а также специализированную медицинскую помощь в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – случай госпитализации, за исключением:

- расходов на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний, патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;

- расходов на оплату гемодиализа;

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

В структуру тарифа не включаются и не подлежат оплате за счет средств ОМС расходы медицинских организаций:

- не связанные с деятельностью по Территориальной программе ОМС, в том числе расходы по содержанию имущества, сдаваемого в аренду и (или) используемого в коммерческой деятельности

- на проведение капитального ремонта нефинансовых средств (в том числе зданий и сооружений, приобретение материалов для проведения капитального ремонта и оплата труда работников, задействованных в проведении капитального ремонта, составление и экспертиза проектно-сметной документации, капитальный ремонт оборудования, автомобилей и т.д.);

- расходы на оплату получения высшего и /или среднеспециального образования, обучение в ординатуре, интернатуре;

- на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу;

- на возмещение расходов по видам медицинской помощи, не включенным в Территориальную программу ОМС;

- расходы на приобретение иммунобиологических препаратов, используемых при проведении профилактических прививок в рамках Национального календаря прививок и профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

Нецелевым использованием средств ОМС является направление медицинской организацией средств ОМС на цели, полностью или частично

не соответствующие целям, установленным настоящим Тарифным соглашением.

Использование средств ОМС медицинскими организациями на финансирование медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС, на возмещение затрат, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, является нецелевым и подлежит восстановлению в доход бюджета Территориального фонда ОМС в соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ.

### **3. Средний размер финансового обеспечения**

3.1 Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), на 1 застрахованное лицо в год составит - 13 885,58 рублей.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой по всем видам и условиям оказания медицинской помощи установлены:

- ноль - один год мужчины/женщины - 0,00/0,01;
- один год – четыре года мужчины/женщины – 0,04/0,05;
- пять лет – семнадцать лет мужчины/женщины – 0,08/0,19;
- восемнадцать лет – шестьдесят четыре года мужчины – 0,8;
- восемнадцать лет – шестьдесят четыре года женщины – 0,7;
- шестьдесят пять лет и старше мужчины – 1,6;
- шестьдесят пять лет и старше женщины – 1,6.

Для оценки показателей результативности деятельности медицинской организации, финансируемой по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям медицинской помощи, применяется «Перечень показателей результативности деятельности МО, имеющей прикрепившихся лиц, оплата МП в которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности МО, включая показатели объемов МП, их целевые значения и порядок применения» (Приложение № 24).

Оценка результативности деятельности каждой медицинской организации осуществляется СМО, действующей на территории города Байконур. Процедура проведения оценки результативности проводится СМО ежемесячно и заключается в:

- расчете уровня выполнения показателей результативности деятельности;
- определении суммарного количества баллов;
- определении суммы финансирования.

Ежемесячно, в срок до 25 числа месяца, следующего за отчетным, СМО представляет в ТФОМС результаты, по оценке деятельности медицинской организации.

На основе результатов оценки результативности деятельности МО определяется суммарное количество баллов и корректируется сумма финансирования в соответствии с Приложением № 24. Результаты выносятся на обсуждение Комиссией.

Выплаты за достигнутые показатели результативности корректируются следующим календарным месяцем (за декабрь и январь подушевое финансирование осуществляется в полном объеме).

3.2. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС города Байконур в амбулаторных условиях, на 1 застрахованное лицо составляет – 8 336,81 рублей.

Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях<sup>1</sup>:

за посещение с иными целями (приложение 3);

диспансеризация определенных групп взрослого населения по I этапу (приложение 4);

диспансеризация определенных групп взрослого населения по II этапу (приложение 5);

профилактические медицинские осмотры взрослого населения (приложение 6);

диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью по I этапу в соответствии (приложение 7);

диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (приложение 8);

профилактические осмотры несовершеннолетних по I этапу (приложение 9);

в неотложной форме, оказываемой в амбулаторных условиях (приложение 10);

за обращение по поводу заболевания (законченный случай) (приложение 11);

за УЕТ при оказании стоматологической помощи (приложение 12).

за услугу на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (приложение 13);

Установленное среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях приведено в (приложении 23).

---

<sup>1</sup> Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, приведены в приложениях к настоящему Тарифному соглашению.

3.3. Средний размер (базовый подушевой норматив) финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС города Байконур, в стационарных условиях, на 1 застрахованное лицо в год составляет - 6 393,46 рублей.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в клинико-профильную группу (КПГ) в условиях круглосуточного стационара (базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи) составляет - 41 425,54 рублей (без учета коэффициента дифференциации – 32 363,70 рубля).

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях<sup>2</sup>

- за законченный случай лечения заболевания, входящего в соответствующую КПГ (приложение 14);

- оплата прерванных случаев лечения, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения приведена в (приложении 15);

- оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи приведены в (приложении 2).

Оплата случаев лечения пациентов с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 или с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 в состоянии средней тяжести в стационарных условиях, оплачивается дифференцировано в зависимости от длительности пребывания в стационаре путем выделения следующих подгрупп:

при длительности пребывания в стационаре от 5 до 7 дней включительно – 50% от установленного тарифа;

при длительности пребывания в стационаре от 8 до 10 дней включительно – 70 % от установленного тарифа.

Поправочные коэффициенты:

-коэффициенты относительной затроемкости КПГ и управленческие коэффициенты по КПГ в стационарных условиях приведены в (приложении 16);

- коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП), приведены в (приложении 17).

3.4. Средний размер (базовый подушевой норматив) финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации программы обязательного медицинского страхования города Байконур в условиях дневного стационара, на 1 застрахованное лицо в год составляет - 1 418,18 рублей.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в клинико-профильную группу (КПГ) в условиях дневного стационара (базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи) составляет-

22 445,49 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 17 535,53 рублей).

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара<sup>3</sup>:

- за законченный случай лечения заболевания, входящего в соответствующую клинико-профильную группу заболеваний (приложение 18);

- оплата прерванных случаев лечения для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения приведена в (приложение 15);

- оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи приведены в (приложении 2).

Поправочные коэффициенты оплаты:

- управленческие коэффициенты по КПП;

- коэффициенты относительной затроемкости КПП в условиях дневного стационара приведены в (Приложении 19).

Тариф стоимости услуги гемодиализа (одного сеанса) (приложение 20).

3.5. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации программы обязательного медицинского страхования города Байконур в части скорой медицинской помощи, на 1 застрахованное лицо составляет – 933,24 рублей.

Тарифы на оплату скорой медицинской помощи за вызов (при осуществлении межтерриториальных расчетов), приведены в (приложении 21).

3.6. «Оказание и оплата медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» на территории города Байконур не осуществляется.

3.7. «Оказание и оплата медицинской помощи с применением мобильных медицинских комплексов» на территории города Байконур не осуществляется.

3.8. «Оказание и оплата медицинской помощи в фельдшерско-акушерских пунктах» на территории города Байконур не осуществляется в виду их отсутствия.

**IV. Неоплата или неполная оплата затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**

---

<sup>3</sup> Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, приведены в приложениях к настоящему Тарифному соглашению.

Территориальный фонд ОМС и СМО в соответствии с пунктом 8 части 7 статьи 34 и пунктом 2 части 3 статьи 39 Федерального закона № 326 – ФЗ осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой МО в рамках территориальной программы ОМС.

Порядок проведения контроля установлен приказом Федерального фонда ОМС от 28 февраля 2019 года № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

Суммы средств, не подлежащие оплате (уменьшение оплаты медицинской помощи), и размеры штрафных санкций за нарушения, выявленные Территориальным фондом ОМС или СМО при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой МО в рамках территориальной программы ОМС приведены в (приложении 22).

#### **У. Заключительные положения**

При наличии у Стороны предложений о внесении изменений в Тарифное соглашение, она направляет свои предложения в адрес председателя Комиссии.

Тарифное соглашение вступает в силу с даты его подписания Сторонами и распространяет свое действие на правоотношения по оплате медицинской помощи, оказанной с 01.01.2021 года и применяется при расчетах за случаи оказания медицинской помощи, завершённые после 01 января 2021 года, в том числе начатые ранее.

Все приложения к Тарифному соглашению являются неотъемлемой частью.

В настоящее Тарифное соглашение могут быть внесены изменения и дополнения, согласованные Сторонами (при наличии решения Комиссии). Изменения и дополнения оформляются в письменной форме Дополнительным соглашением и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

Действие настоящего Тарифного соглашения прекращается с момента принятия нового Тарифного соглашения.

#### **ПОДПИСИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СТОРОН, УЧАСТВУЮЩИХ В ТАРИФНОМ СОГЛАШЕНИИ:**

От администрации  
города Байконур

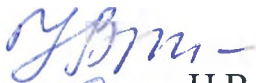


Н.П. Адасев


От Отдела здравоохранения  
Города Байконур

  
\_\_\_\_\_ Н.В. Головина

От Территориального фонда обязательного  
медицинского страхования  
города Байконур

  
\_\_\_\_\_ Н.В. Воскобойник

От Страховой медицинской организации  
АО «СК «СОГАЗ-Мед»

  
\_\_\_\_\_ Ж.Н. Избаева

От профсоюзной организации  
комплекса «Байконур»

  
\_\_\_\_\_ А.А. Кулмурзаева



**Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, и применяемых способов оплаты медицинской помощи в рамках реализации Программы ОМС на 2021 год**

N п/п	Наименование медицинской организации*	Стационарная медицинская помощь	Медицинская помощь в условиях дневных стационаров	Медицинская помощь в амбулаторных условиях	Скорая медицинская помощь
		<i>по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), за исключением посещений прохождения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, отдельных диагностических (лабораторных) исследований и услуг гемодиализа</i>			
1	Федеральное Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения "Центральная медико-санитарная часть № 1 Федерального медико-биологического агентства России" (ФГБУЗ ЦМСЧ №1 ФМБА России)	+			

\* знак отличия об участии в сфере обязательного медицинского страхования

## **ПОРЯДОК формирования и оплаты случаев оказания медицинской помощи**

При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи применен коэффициент дифференциации – 1,28, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (с изменениями).

Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцировано с учетом среднего коэффициента уровня медицинской организации (СКУМО) для медицинских организаций 2 уровня, и составляет 1,05.

### **1. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) осуществляется:**

по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи в том числе и диагностические (лабораторные) исследования - тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) проводится по подушевому нормативу финансированию, за исключением средств на оплату посещений:

- в связи с проведением отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний, патологоанатомического биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;

- услуг гемодиализа.

Подушевой норматив для определения объемов финансовых средств для оплаты медицинской помощи рассчитывается на 1 застрахованное лицо, прикрепленное к соответствующей медицинской организации в пределах

средств, определенных Программой ОМС на 2021 год и осуществляется ТФОМС города Байконур, исходя из численности застрахованных граждан.

Оплата медицинской помощи по видам, не включенным в подушевой норматив, производится за единицу объема медицинской помощи по тарифу, установленным Тарифным соглашением.

Численность и половозрастной состав застрахованного населения для расчета подушевых нормативов для оплаты медицинской помощи принимается в соответствии с актом сверки численности застрахованного населения между МО и СМО по состоянию на 1 число месяца.

При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой по всем видам оказания медицинской помощи вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

## **2. Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи**

**2.1. Оплата в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи осуществляется в соответствии с утвержденными тарифами:**

2.1.1. За посещение:

за единицу объема медицинской помощи, оказываемой с профилактической и иными целями:

комплексные посещения для прохождения профилактических медицинских осмотров (включая 1-е посещение в году для проведения диспансерного наблюдения) в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, приведены в (приложение 6, 9) к настоящему Тарифному соглашению);

комплексные посещения для прохождения диспансеризации (1 этап) за законченный случай приведены в (приложения 4, 7, 8, к настоящему Тарифному соглашению);

посещения по неотложной медицинской помощи приведены в (приложение 10 к настоящему Тарифному соглашению);

посещения с иной целью (не связанные с возникновением внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний или иной патологии) приведены в (приложение 3 к настоящему Тарифному соглашению), в том числе включают:

- посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений);

- посещения для проведения 2 этапа диспансеризации (приложение 5 к настоящему Тарифному соглашению),

- разовые посещения в связи с заболеваниями, для получения направления на консультацию (в том числе однократное посещение врача терапевта-участкового, врача педиатра-участкового, для получения направления к врачам специалистам), госпитализацию, получение справок, в том числе рецептов, оформление санаторно-курортной карты и других медицинских документов;

- посещения с другими целями (патронаж, выдача справок и иных медицинских документов, включая консультации врачей-специалистов (не связанное с оказанием неотложной медицинской помощи);

- случаи однократного консультирования и оказания медицинской помощи при количестве посещений не более 1, не связанные с оказанием неотложной медицинской помощи.

В случаях, если по итогам посещения с иной целью выявлено наличие заболевания, состояния требующего медицинского вмешательства (при необходимости повторного посещения), оба случая оформляются как обращение по поводу заболевания, при этом посещение с иной целью оплате не предьявляется.

Также за единицу объема используется, при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами города Байконур, на территории которого выдан полис ОМС.

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (1этап), осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерством здравоохранения Российской Федерации (приложения № 4, 6, 7, 8, 9 к настоящему Тарифному соглашению):

- от 13 марта 2019 г № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (с изменениями) (далее - порядок);

- от 10 сентября 2017 г. № 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних"(далее – порядок);

- от 15 февраля 2013 г. № 72н "О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации"

- от 11 апреля 2013 № 216н "Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью"(далее – порядок).

Профилактический медицинский осмотр, первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, первый этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей,

оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних предъявляются к оплате после завершения комплекса работ.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения считаются выполненными и подлежат оплате 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, а также проведение маммографии обеих молочных желез в двух проекциях, с двойным прочтением рентгенограмм, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушер-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка (соскоба) с шейки матки при его окрашивании по Папаниколау (другие способы окраски не допускаются), определение простат-специфического антигена в крови.

При предъявлении к оплате I этапа диспансеризации, профилактический медицинский осмотр, проведенный в рамках диспансеризации, отдельно к оплате не предъявляется. Медицинские услуги профилактического медицинского осмотра входят в законченный случай I этапа диспансеризации, сформированный с учетом настоящего порядка.

Годом прохождения диспансеризации считается календарный год, в котором гражданин достигает соответствующего возраста, поэтому дата начала и дата окончания диспансеризации должны соответствовать одному календарному году и не может переходить на следующий календарный год, так как год окончания диспансеризации не будет соответствовать году достижения соответствующего возраста.

Оплата первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации) осуществляется с учетом проведения в рамках диспансерного наблюдения профилактического медицинского осмотра лица, находящегося под диспансерным наблюдением в соответствии с порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 29.03.2019 № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

При выявлении у взрослого населения в процессе проведения профилактических мероприятий медицинских показаний к проведению исследований и осмотров, не входящих в утвержденные перечни осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в рамках I и II этапов диспансеризации и профилактического осмотра в определенные возрастные периоды они назначаются и выполняются гражданину с учетом положений порядков оказания медицинской помощи по профилю выявленного или предполагаемого

заболевания (состояния) и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации и оплачиваются по тарифам посещения/обращения.

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагностика которого не входит в Перечень исследований пациент направляется на второй этап, оплата которого осуществляется по тарифам посещения/обращения и включены в подушевой норматив финансирования.

Случай диспансеризации детей-сирот и медицинских осмотров несовершеннолетних считается законченным (I этап) при условии проведения осмотра врачом-психиатром. При этом в структуру тарифа за счет средств обязательного медицинского страхования расходы на проведение осмотра врачом-психиатром не включаются. Данный вид расходов оплачивается в рамках государственного задания в соответствии с Федеральным Законом № 83-ФЗ от 08 мая 2010 г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» (с изменениями).

Оплата диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью осуществляется в порядке, установленном для диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

В амбулаторных условиях в тариф посещения и в подушевой норматив финансирования в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс при лечении основного и/или сопутствующего заболевания, включены расходы на оплату лабораторных и диагностических услуг, проведение операций (манипуляций), физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж, лечебную физкультуру, услуги процедурного кабинета, проведение рентгенологических, и прочих диагностических исследований. Лекарственное обеспечение при амбулаторно-поликлиническом лечении осуществляется за счет средств пациента.

В случае продолжения лечения, при кратности посещения 1 раз - случай подается на оплату как разовое посещение по поводу заболевания по соответствующему тарифу к врачу – специалисту.

В случае продолжения лечения, при кратности 2-х и более подается на оплату по тарифу обращения по заболеванию (законченный случай).

Одно посещение по заболеванию не может считаться обращением по заболеванию.

2.1.2. При оплате стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, единицей объема считается посещение, а также обращение по поводу заболевания, стоимость которых рассчитывается с учетом содержащихся в них количества УЕТ. При оказании

стоматологической помощи необходимо соблюдать принцип максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение согласно (приложения 12 к настоящему Тарифному соглашению).

Классификатор основных медицинских услуг по оказанию стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) представлен в (приложение 23 к настоящему Тарифному соглашению).

2.1.3. За обращение по поводу заболевания – за законченный случай, согласно (приложения 11 к Тарифному соглашению).

Обращение по поводу заболевания считается законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях - оказание первичной доврачебной помощи (оказываемой зубными врачами), врачебной медико-санитарной, а также первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи.

Обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение с завершенным результатом лечения, не требующего дальнейшего обращения по тому же поводу (за исключением стоматологии).

Вне зависимости от количества посещений пациента и объема диагностических исследований является оказание медицинской помощи при острых и хронических заболеваниях, травмах, требующих длительного и непрерывного (более 1 месяца) лечения от момента обращения пациента до получения результата. В этих случаях каждый месяц лечения является законченным случаем оказания медицинской помощи и подлежит оплате по тарифу обращения по соответствующей специальности.

В связи с проведением отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний, патологоанатомического биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, с учетом применения различных видов и методов исследований систем, органов и тканей человека, тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции COVID-19, обусловленного заболеваемостью населения установлены тарифы согласно (приложения № 13 к Тарифному соглашению).

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний, патологоанатомического биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции COVID-19 осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний.

Ежедневно врачу представляются сведения о возможных объемах отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний, патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Страховые медицинские организации принимают к оплате услуги при наличии направления на исследования от врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, и которого пациент выбрал в порядке прикрепления. Оплата медицинской помощи осуществляется в пределах объемов, установленных Решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

2.1.4. Посещение в неотложной форме (приложение 10 к настоящему Тарифному соглашению).

Посещения, в том числе на дому, с целью оказания неотложной помощи подлежат 100% оплате.

Медицинская организация ведет отдельный учет посещений с профилактической целью (посещение центра здоровья, в связи с диспансеризацией определенных групп населения, диспансерным наблюдением, профилактическим осмотром), посещений с иными целями, неотложной медицинской помощи, обращений по поводу заболеваний и обращений по поводу заболеваний включая отдельные диагностические исследования.

Учет обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» по форме, согласно приложению 3 к приказу Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н (в ред. от 02.11.2020), (далее-Талон).



При формировании реестра счета, код врачебной специальности и тариф законченного случая должен соответствовать специальности врача, закрывшего Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Код заболевания по МКБ-10 устанавливается по основному (уточненному) заболеванию.

Оплате не подлежат посещения и обращения, в том числе:

обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические в течение трудовой деятельности медицинские осмотры работающих граждан и граждан, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда;

амбулаторные посещения в период пребывания пациента в круглосуточном и дневном стационарах;

обращения при совпадении периодов лечения и кодов заболеваний в рамках группы заболеваний по МКБ-10;

повторное обращение пациента в течение одного дня к врачу одной специальности в одной и той же МО.

## **2.2. Оплата медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров:**

- за законченный случай лечения заболевания, входящего в соответствующую клинико-профильную группу заболеваний (приложение 14);

- 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.

К прерванным относятся 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.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 90% от стоимости законченного случая лечения по КПП;

- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости законченного случая лечения по КПП.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости законченного случая лечения по КПП;

- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости законченного случая лечения по КПП.

Оплата случаев лечения пациентов с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 или с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 в состоянии средней тяжести в стационарных условиях, оплачивается дифференцировано в зависимости от длительности пребывания в стационаре путем выделения следующих подгрупп:

при длительности пребывания в стационаре от 5 до 7 дней включительно – 50% от установленного тарифа;

при длительности пребывания в стационаре от 8 до 10 дней включительно – 70 % от установленного тарифа.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного (в том числе из круглосуточного стационара в дневной) в случае, если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, оба случая лечения заболевания оплачиваются в размере 100% по соответствующим КПП, за исключением прерванных случаев длительностью 3 дня и менее.

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

По каждому прерванному случаю проводится медико-экономическая экспертиза, при необходимости экспертиза качества медицинской помощи.

При расчете тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, применены коэффициенты управления по КПП, коэффициенты относительной затратоемкости на основе КПП (приложение 16).

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) установлен к отдельным случаям оказания медицинской помощи в (приложение № 17).

Подушевой норматив и тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, включают затраты за счет средств ОМС в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с требованиями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по оказанию медицинской помощи при лечении основного заболевания и сопутствующего, влияющего на течение основного и (или) требующего постоянной поддерживающей терапии (расходы профильного отделения, приемного отделения, консультации специалистов, оперативные пособия, в том числе выполненные малоинвазивными и эндоскопическими методами, все виды анестезий, включая наркоз,

реанимацию и интенсивную терапию, лабораторные, рентгенологические исследования, другие диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж и лечебную физкультуру).

Компенсация затрат медицинских организаций на предоставление медицинской помощи застрахованному лицу в связи с причинением вреда здоровью вследствие тяжелого несчастного случая на производстве осуществляется из средств Фонда социального страхования Российской Федерации и не входит в Территориальную программу ОМС.

В условиях круглосуточного и дневного стационаров осуществляется обеспечение граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, необходимых для оказания стационарной медицинской помощи, медицинской помощи в дневных стационарах, а также скорой и неотложной медицинской помощи.

Затраты на питание включены при оказании медицинской помощи только в условиях круглосуточного стационара (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 июня 2013 г № 395н);

### **2.3. Оплата медицинской помощи в условиях дневного стационара:**

- за законченный случай лечения заболевания, входящего в соответствующую клинико-профильную группу заболеваний (приложение 18);

- 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.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет мене 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 90% от стоимости законченного случая лечения по КПП;

- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости законченного случая лечения по КПП.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости законченного случая лечения по КПП;

- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости законченного случая лечения.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного (в том числе из круглосуточного стационара в дневной) в случае, если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, оба случая лечения заболевания оплачиваются в размере 100% по соответствующим КПП, за исключением прерванных случаев длительностью 3 дня и менее.

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

По каждому прерванному случаю проводится медико-экономическая экспертиза, при необходимости экспертиза качества медицинской помощи.

При расчете тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, применены коэффициенты управления по КПП, коэффициенты относительной затроемкости на основе КПП (приложение 19).

Оплата гемодиализа осуществляется за услугу (сеанс) и оплачивается в рамках законченного случая лечения заболевания. Учитывая пожизненный характер проводимого лечения, случай лечения подается к оплате один раз в месяц с учетом количества услуг гемодиализа. Базовый тариф на оплату услуги гемодиализа установлен в (приложении 20).

В период лечения, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами и расходными материалами, в том числе для профилактики осложнений, при этом проезд пациентов до места оказания медицинских услуг не включен в тариф на оплату медицинской помощи.

#### **2.4. Оплата скорой медицинской помощи:**

- оплата скорой медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией города Байконур лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, производится по тарифу стоимости одного вызова скорой медицинской помощи в (приложении 21).

Безрезультатный выезд к оплате не предоставляется и не оплачивается, так как его стоимость включена в структуру тарифа на оплату скорой медицинской помощи.

В реестры счетов на оплату скорой медицинской помощи в обязательном порядке включаются все единицы объема оказанной скорой медицинской помощи по установленным тарифам.

За счет средств ОМС осуществляется финансовое обеспечение медицинской помощи в случае выявления заболевания в рамках проведения обязательных диагностических исследований при постановке граждан на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу, приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении договора с Министерством обороны Российской Федерации об обучении на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программам военной подготовки офицеров запаса, программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной или приравненной к ней службе.

Взимание платы с граждан за расходные материалы, мягкий инвентарь и медицинский инструментарий, другие изделия медицинского назначения, используемые при оказании медицинской помощи при заболеваниях и состояниях, входящих в Программу ОМС, не допускается.

Объемы предоставления медицинской помощи устанавливаются решением Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования жителей города Байконур, с последующей корректировкой при ее обоснованности.

В соответствии с частью 6 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ, пунктом 121 Правил ОМС оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией счетов, счетов-реестров за оказанную медицинскую помощь в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования жителей города Байконур, по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным настоящим Тарифным соглашением.

---

Приложение № 3  
к тарифному соглашению на 2021 год

Тарифы на оплату медицинской помощи с иными целями, оказываемой в  
амбулаторных условиях по посещениям

Специальности	Тариф, руб.	
	взрослые	дети
Педиатрия	-	531,76
Терапия	352,61	-
Эндокринология	725,42	725,42
Неврология	418,32	418,32
Хирургия	375,66	375,66
Травматолог-ортопед	375,66	375,66
Урология	303,97	-
Онкология	375,66	-
Акушерство-гинекология	492,23	492,23
Отоларингология	292,76	292,76
Офтальмология	250,96	250,96
Дерматология	302,91	302,91

Приложение № 4  
к тарифному соглашению на 2021 год

Тарифы при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения по I этапу в определенные возрастные периоды (по приказу Минздрава России № 124н от 13.03.2019 г.)

Пол	Возраст	Стоимость комплексного посещения, руб.
м	18, 21, 24, 27, 30, 33, 36, 39	1 173,84
м	41, 43, 47, 49, 51, 53, 57, 59, 61, 63, 65, 67, 69, 71, 73, 76-99	2 009,28
м	40, 42, 44-46, 48, 50, 52, 54-56, 58, 60, 62, 64-75	3 259,86
Пол	Возраст	Стоимость комплексного посещения, руб.
ж	18, 21, 24, 27, 30, 33, 36, 39	2 812,47
ж	41, 43, 45, 47, 49, 51, 53, 55, 57, 59, 61, 63, 76-99	3 647,92
ж	40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64-75	4 898,49

Приложение № 5  
к тарифному соглашению на 2021 год

Тарифы и перечень врачей-специалистов, при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения по II этапу, проводимой у женщин, с учетом дифференциации по полу и возрасту в определенные возрастные периоды (по приказу Минздрава России № 124н от 13.03.2019 г.)

Стоимость 1 посещения (разового) к врачу-специалисту при прохождении II этапа диспансеризации - женщины;	Возраст пациента (с учетом разбивки на определенные возрастные периоды):				
	18 - 75	18 - 99	40 - 75	40 лет и старше	65 лет и старше
врача- невролога		418,32			
врача- хирурга (или врача-проктолога)			375,66		
врача- гинеколога	492,23				
врача- оториноларинголога					292,76
врача- офтальмолога				250,96	
врача- терапевта	352,61	352,61	352,61	352,61	352,61

Тарифы и перечень врачей-специалистов, при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения по II этапу, проводимой у мужчин, с учетом дифференциации по полу и возрасту в определенные возрастные периоды (по приказу Минздрава России № 124н от 13.03.2019 г.)

Стоимость 1 посещения (разового) к врачу-специалисту при прохождении II этапа диспансеризации - мужчины;	Возраст пациента (с учетом разбивки на определенные возрастные периоды):				
	18 - 99	40 - 75	40 лет и старше	45, 50, 55, 60, 64	65 лет и старше
врача- невролога	418,32				
врача- хирурга		375,66			
врача- уролога				303,97	
врача- оториноларинголога					292,76
врача- офтальмолога			250,96		
врача- терапевта	352,61	352,61	352,61	352,61	352,61



Приложение № 6  
к тарифному соглашению на 2021 год

Тарифы при проведении профилактического медицинского осмотра взрослого населения в определенные возрастные периоды (по приказу Минздрава России № 124н от 13.03.2019)

Возраст	Стоимость комплексного посещения, руб.	
	мужчины	женщины
18 - 39	793,37	1900,89
40 - 64	2465,57	2465,57
65 - 99	1638,61	1638,61

Приложение № 7  
к тарифному соглашению на 2021 год

Тарифы законченного случая при проведении диспансеризации  
детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе  
усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство),  
в приемную или патронатную семью по I этапу  
(по приказу Минздрава России № 216н от 11.04.2013)

Пол	Возраст:					
	от 0 до 2 лет	от 3 до 4 лет	от 5 до 6 лет	от 7 до 13 лет	14 лет	от 15 до 17 лет
1	2	3	4	5	6	7
женский	4990,19	5662,46	6798,15	6798,15	6798,15	6798,15
мужской	4646,99	5319,26	6454,95	6454,95	6454,95	6454,95

Приложение № 8  
к тарифному соглашению на 2021 год

Тарифы законченного случая при проведении диспансеризации  
пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в  
трудной жизненной ситуации (по приказу Минздрава России № 72н от  
15.02.2013)

Пол	Возраст:					
	от 0 до 2 лет	от 3 до 4 лет	от 5 до 6 лет	от 7 до 13 лет	14 лет	от 15 до 17 лет
1	2	3	4	5	6	7
женский	4990,19	5662,46	6798,15	6798,15	6798,15	6798,15
мужской	4646,99	5319,26	6454,95	6454,95	6454,95	6454,95

Приложение № 9  
к тарифному соглашению на 2021 год

Тарифы законченного случая для проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних по I этапу (по приказу Минздрава России № 514н от 10.08.2017)

Возраст пациента (с учетом разбивки на определенные возрастные периоды)	Стоимость комплексного посещения, руб.	
	Мальчики	Девочки
новорожденный	969,40	969,40
1 месяц	3546,60	3546,60
2 месяца	969,40	969,40
3 месяца	1654,23	1654,23
4 -11 месяцев	969,40	969,40
1 год	4092,86	4092,86
1 год 3 месяца	969,40	969,40
1 год 6 месяцев	969,40	969,40
2 года	1641,67	1641,67
3 года	4634,44	4977,64
4 года	1641,67	1641,67
5 лет	1641,67	1641,67
6 лет	6641,71	6984,91
7 лет	3395,47	3395,47
8 лет	1641,67	1641,67
9 лет	1641,67	1641,67
10 лет	4869,04	4869,04
11 лет	1641,67	1641,67
12 лет	1641,67	1641,67
13 лет	2099,17	2099,17
14 лет	2195,81	2539,01
15 лет	6641,71	6984,91
16 лет	6641,71	6984,91
17 лет	6641,71	6984,91

Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных по неотложной  
медицинской помощи

Профиль	Тариф, руб.*
Неотложная медицинская помощь, оказанная врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами-специалистами	858,69

---

\* По тарифу неотложной медицинской помощи производится оплата за осмотр, проведение необходимых консультативно-диагностических услуг в приемном отделении пациентам, не нуждающимся в госпитализации.

Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях  
по поводу заболевания (обращения)

Специальности	Тариф, руб.	
	Взрослые	Дети
Педиатрия	-	2 576,81
Терапия	1 107,27	-
Эндокринология	4 274,55	4 274,55
Неврология	1 654,11	1 654,11
Хирургия	1 368,86	1 368,86
Травматолог-ортопед	1368,86	1 368,86
Онкология	1 368,86	-
Урология	777,79	-
Акушерство-гинекология	2 957,78	2 957,78
Отоларингология	1 134,97	1 134,97
Офтальмология	768,65	768,65
Дерматология	1 244,70	1 244,70

Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях  
в стоматологии по стоимости УЕТ

Специальности	Взрослые	Дети
1	2	3
Стоматология 1 УЕТ, руб.	295,56	368,77

Тарифы на оплату отдельных диагностических и лабораторных исследований

№ п/п	Наименование услуги	Тариф, руб.
1.	Компьютерная томография (КТ)	4821,63
1.1.	без контрастирования	4 821,63
2.	Ультразвуковые исследования (УЗИ) сердечно-сосудистой системы	872,45
2.1.	эхокардиография	722,65
2.2.	доплерография сосудов	764,35
2.3.	дуплексное сканирование сосудов	1130,35
3.	Эндоскопические диагностические обследования	1 199,34
3.1.	бронхоскопия	943,88
3.2.	эзофагогастродуоденоскопия	865,43
3.3.	колоноскопия	1573,01
3.4.	ректосигмоидоскопия	1415,64
4.	Патологоанатомическое исследование биопсийного материала (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии	2713,34
5.	Тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции COVID-19	914,27



Приложение № 14  
к тарифному соглашению на 2021 год

Тарифы на оплату медицинской помощи в стационарных условиях,  
по стоимости одного случая госпитализации

Профиль медицинской помощи	в рублях	
	Взрослые	Дети
Акушерство и гинекология	33 405,56	33 405,56
Дерматология	32 766,15	-
Инфекционные болезни	31 948,41	31 948,41
Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции (тяжелое течение COVID-19)	260 980,90	-
Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции (среднетяжелое течение COVID-19)	205 056,42	-
Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции (легкое течение COVID-19)	108 742,04	-
Кардиология	51 848,21	-
Неврология	45 306,28	45 306,28
Нейрохирургия	49 586,37	49 586,37
Оториноларингология	32 922,74	32 922,74
Педиатрия	-	32 709,61
Терапия	30 800,10	-
Травматология и ортопедия	50 056,14	-
Урология	41 756,94	-
Хирургия	39 930,08	-
Детская хирургия	-	48 803,43
Челюстно-лицевая хирургия	45 167,09	-

Приложение № 15  
к тарифному соглашению на 2021 год

Перечень клинико-профильных групп,  
относящихся к случаям сверхкороткого пребывания  
в круглосуточном и дневном стационарах

Профиль медицинской помощи (КПП)	Код по МКБ-10	
	Круглосуточный стационар	Дневной стационар
Хирургия	Z 47.0	
		Z 47.8
	K 10.2	
	L 02.0	L 02.0
	S 06.0	
		Z 51.1, Z 51.2
		D 17
		D 23
	I 86.1	I 86.1
Терапия	T 78	
	L 25	L 25
	L 50.0	L 50.0
	T 36- T50	
		Z 51.1, Z 51.2
Педиатрия	L 50.0	L 50.0
	T 36- T50	
	T 78	

Приложение № 16  
к тарифному соглашению на 2021 год

Коэффициенты управления по КПП, Коэффициенты относительной  
затратоемкости КСГ/КПП (для медицинской помощи, оказанной в условиях  
круглосуточного стационара)

Базовая ставка финансового обеспечения на 2021 год	41 425,54 руб.	
Профиль КПП	Коэффициент относительной затратоемкости	Коэффициент специфики оказания медицинской помощи
Акушерство и гинекология	0,8	0,96
Дерматология	0,81	0,93
Детская хирургия	1,1	1,02
Инфекционные болезни	0,65	1,13
Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции (тяжелое течение COVID-19)	6,0	1,0
Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции (среднетяжелое течение COVID-19)	4,5	1,0
Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции (легкое течение COVID-19)	2,5	1,0
Кардиология	1,49	0,8
Неврология	1,12	0,93
Нейрохирургия	1,2	0,95
Оториноларингология	0,87	0,87
Педиатрия	0,8	0,94
Терапия	0,73	0,97
Травматология и ортопедия	1,37	0,84
Урология	1,2	0,8
Хирургия	0,9	1,02
Челюстно-лицевая хирургия	1,18	0,88

Случаи по КПП, для которых применяется коэффициент сложности  
лечения пациента (КСЛП)

КПП, для которых применяется КСЛП	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний)	Предельное значение КСЛП
Педиатрия		1,2
Нейрохирургия		1,2
Инфекционные болезни		1,2
Детская хирургия		1,2

Приложение №18  
к тарифному соглашению на 2021 год

Тарифы на оплату медицинской помощи в условиях дневного стационара  
по стоимости одного случая лечения

в рублях

Специальности	Взрослые	Дети
Акушерство-гинекология	23 335,33	-
Неврология	27 728,86	27 728,86
Оториноларингология	25 418,99	25 418,99
Педиатрия	-	25 219,25
Терапия	20 942,29	-
Травматология	29 471,47	-
Урология	26 112,23	-
Хирургия	24 297,40	-

Приложение № 19  
к тарифному соглашению на 2021 год

Коэффициенты управления по КПП, Коэффициенты относительной затратоемкости КСГ/КПП (для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара)

Базовая ставка финансового обеспечения на 2021 год	22 445,49 руб.	
Профиль КПП	Коэффициент относительной затратоемкости	Коэффициент специфики оказания медицинской помощи
Акушерство и гинекология	0,8	1,23
Неврология	1,05	1,12
Оториноларингология	0,98	1,1
Педиатрия	0,93	1,15
Терапия	0,74	1,2
Травматология	1,25	1,0
Урология	0,98	1,13
Хирургия	0,92	1,12

Приложение № 20  
к тарифному соглашению на 2021 год

Стоимость услуги гемодиализа в условиях дневного стационара

Код услуги	Наименование услуги	Единица оплаты	Базовый тариф, руб.	Коэффициент относительной затратоемкости	Стоимость услуги, руб.
A18.05.002	Гемодиализ	услуга	8724,54	1,0	8724,54

Приложение № 21  
к тарифному соглашению на 2021 год

Тарифы на оплату скорой медицинской помощи

Специальности	Тариф, руб.
Скорая медицинская помощь	3 479,57



Приложение 22  
к тарифному соглашению на 2021 год

Перечень

оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)

Код дефекта № в (НСИ)	Перечень оснований	Санкции		Примечание
		Коэффициент для определения размера неоплаты или неполной оплаты медицинской помощи *	Коэффициент для определения размера штрафа *	
1	2	3	4	5
<b>Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц</b>				
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:			
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;		0,3	
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;		0,3	
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения;		0,3	

1.1.4.	невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.			Коэффициенты неоплаты и штрафа не установлены
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в том числе:			
1.2.1.	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	1,0	
1.2.2.	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.		3,0	
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:			
1.3.1	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;		1,0	Не применяется на территории страхования
1.3.2.	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).		3,0	Не применяется на территории страхования
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	1,0	1,0	
1.5.	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов <sup>21</sup> , и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека <sup>22</sup> , на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.	0,5	0,5	

<sup>21</sup> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 г. № 2378-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2018, № 51, ст. 8075).

<sup>22</sup> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2018 г. № 3053-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, № 2, ст. 196).

## Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованных лиц

2.1	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.		1,0	
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:			
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;	-	0,3	
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;	-	0,3	
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;	-	0,3	
2.2.4.	о критериях доступности и качества медицинской помощи;	-	0,3	
2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;	-	0,3	
2.2.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственных средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой <sup>23</sup> .		0,3	
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.		1,0	
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:			
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;	-	0,3	
2.4.2.	об условия оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;	-	0,3	

<sup>23</sup> В соответствии с пунктом 5 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6274; 2013 № 48, ст. 6165; 2014, № 49, ст. 6927).

2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;	-	0,3	
2.4.4.	о критериях доступности и качества медицинской помощи;	-	0,3	
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;	-	0,3	
2.4.6.	перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50% скидкой.		0,3	
Раздел 3. Нарушения при оказании медицинской помощи				
3.1.	Случаи нарушения врачебной этики и деонтологии медицинскими работниками (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	0,1	1,0	
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:			
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	-	
3.2.2.	приведшее к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях <sup>24</sup> );	0,3	-	
3.2.3.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,4	-	

<sup>24</sup> В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6274; 2017, № 31, ст. 4791; 2013, № 48, ст. 6165; 2019, № 10, ст. 888).».

3.2.4.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица, от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,9	1,0	
3.2.5.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	1,0	3,0	
3.2.6.	рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций;			Коэффициенты неоплаты и штрафа не установлены
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий:			
3.3.1.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях).			Коэффициенты неоплаты и штрафа не установлены
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях).	0,5		
3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, стационарно (повторная госпитализация); повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова.	0,3		
3.6	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,8	1,0	

3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре.	0,7	0,3	
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	0,6	-	
3.9.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.			Коэффициенты неоплаты и штрафа не установлены
3.10.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение аналогичных лекарственных препаратов, связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию оказания медицинской помощи.	0,3		
3.11.	Невыполнение по вине медицинской организации патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством <sup>25</sup> .			Коэффициенты неоплаты и штрафа не установлены
3.12.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории вследствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.	0,9	1,0	
<b>Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации</b>				
4.1.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	1,0	1,0	
4.2.	Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.	0,1		
4.3.	Отсутствие в документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство <sup>2626</sup> или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	0,1	-	

<sup>25</sup> В соответствии со статьей 67 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6274).

4.4.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	0,5		
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	1,0		
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:			
4.6.1	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы.		0,3	
4.6.2	Включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.	1,0	1,0	
Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов				
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:			
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1,0	-	
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме представленной медицинской помощи по реестру счетов;	1,0	-	
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение;	1,0	-	
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1,0	-	
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1,0	-	
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному		-	

<sup>26</sup> В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6274; 2017, № 31, ст. 4791; 2013, № 48, ст. 6165; 2019, № 10, ст. 888).

	периоду/периоду оплаты.	1,0		
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, в том числе:			
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	1,0	-	
5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.);	1,0	-	
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации;	1,0	-	
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	1,0	-	
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации.	1,0	-	
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе:			
5.3.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования;	1,0		
5.3.2.	предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы;	1,0	-	
5.3.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).	1,0	-	
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь, в том числе:			
5.4.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	1,0	-	
5.4.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	1,0	-	
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности, в том числе:			



5.5.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1,0	-	
5.5.2.	представление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;	1,0	-	
5.5.3.	представление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов).	1,0	-	
5.6.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	1,0	-	
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:			
5.7.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	1,0	-	
5.7.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1,0	-	
5.7.3.	стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	1,0	-	
5.7.4.	стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное в системе обязательного медицинского страхования;	1,0	-	
5.7.5.	включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара, дневного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, дневного стационара, а также консультаций в других медицинских организациях); - дней лечения застрахованного лица в условиях дневного стационара в период пребывания пациента в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях);	1,0	-	
5.7.6.	включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	1,0	-	

5.8.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом.		
------	--	--	--

Примечание:

**Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:**

$$C = H + C_{\text{шт.}}$$

где:

Н – размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

$C_{\text{шт.}}$  - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

**Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:**

$$H = PT \times K_{\text{но.}}$$

где:

PT – размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи;

$K_{\text{но.}}$  - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшение оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля (далее – Перечень оснований), предусмотренным в порядке организации и проведения контроля.

**Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ( $C_{\text{шт.}}$ ) рассчитывается по формуле:**

$$C_{\text{шт.}} = \text{РП} \times K_{\text{шт.}}$$

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

$$C_{\text{шт.}} = \text{РПА}_{\text{базовый}} \times K_{\text{шт.}}$$

где:

$\text{РПА}_{\text{базовый}}$  - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$K_{\text{шт.}}$  - коэффициент для определения размера штрафа;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

$$C_{\text{шт.}} = \text{РПСМП}_{\text{базовый}} \times K_{\text{шт.}}$$

где:

РПСМП базовый - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа;

3) при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания:

$$C_{шт} = РП_{ПП базовый} \times K_{шт},$$

где:

РПП базовый - подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа;

4) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара:

$$C_{шт} = РП_{СТ} \times K_{шт},$$

где:

РПСТ - подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с территориальной программой на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа

Коэффициент для определения размера штрафа (Кшт) устанавливается в соответствии с Перечнем оснований.

**СРЕДНЕЕ КОЛИЧЕСТВО УЕТ В ОДНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ,  
ПРИМЕНЯЕМОЕ ДЛЯ ОБОСНОВАНИЯ ОБЪЕМА И СТОИМОСТИ  
ПОСЕЩЕНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В  
АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
AI 2.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	0,35	0,35
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	0,61	0,61
A 12.07.004	Определение пародонтальных индексов	0,76	0,76
V01.003.004.002	Проводниковая анестезия	0,96	0,96
V01.003.004.004	Аппликационная анестезия	0,31	0,31
V01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	0,5	0,5
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	0,93	0,93
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	0,75	0,75
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	0,75	0,75
All.07. 026	Взятие образца биологического материала из очагов поражения органов рта	1,12	1,12
A11.01.019	Получение соскоба с эрозивно-язвенных элементов кожи и слизистых оболочек	1,12	1,12
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных препаратов в челюстно-лицевую область	1,1	1,1
A25.07.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов	0,25	0,25
A05.07.001	Электроодонтометрия зуба	0,42	0,42
V01.064.003	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный		1,95
VO 1.064.004	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный		1,37
V04.064.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского		1,19
V01.065.007	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	1,68	1,95
V01.065.008	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога повторный	1,18	1,37
V04.065.005	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога	1,25	1,19
V01.065.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта первичный	1,68	
V01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	1,18	
V04.065.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация)	1,25	

	врача-стоматолога-терапевта		
BO 1.065.003	Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный	1,68	1,95
B01.065.004	Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный	1,18	1,37
B04.065.003	Диспансерный прием (осмотр, консультация) зубного врача	1,25	1,19
BO 1.065.005	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического первичный	1,5	1,5
B01.065.006	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического повторный	0,9	0,9
АОЗ.07.001	Люминесцентная стоматоскопия	0,63	0,63
A11.07.010	Введение лекарственных препаратов в пародонтальный карман	0,99	0,99
A11.07.022	Апликация лекарственного препарата на слизистую оболочку полости рта	0,45	0,45
A16.07.051	Профессиональная гигиена полости рта и зубов <sup>1</sup>	2	2
A16.07.082	Сошлифовывание твердых тканей зуба	0,25	0,25
A11.07.023	Применение метода серебрения зуба	0,88	0,88
A15.07.003	Наложение лечебной повязки при заболеваниях слизистой оболочки полости рта и пародонта в области одной челюсти	2	2
A 16.07.002.001	Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием стоматологических цементов <sup>2</sup>	1,53	1,53
A 16.07.002.002	Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения <sup>2</sup>	1,95	1,95
A16.07.002.003	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием стоматологических цементов <sup>2</sup>	1,85	1,85
AI 6.07.002.004	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения <sup>2</sup>	2,5	2,5
A16.07.002.005	Восстановление зуба пломбой пломбой IV класс по Блэку с использованием стеклоиномерных цементов <sup>2</sup>	2,45	2,45
A16.07.002.006	Восстановление зуба пломбой пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения <sup>2</sup>	3,25	3,25
A 16.07.002.007	Восстановление зуба пломбой из амальгамы I, V класс по Блэку <sup>2</sup>	1,95	1,95
A16.07.002.008	Восстановление зуба пломбой из амальгамы II класс по Блэку <sup>2</sup>	2,33	2,33
A16.07.002.010	Восстановление зуба пломбой I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров <sup>2</sup>	3,35	3,35
A16.07.002.011	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с	3,75	3,75

	использованием материалов из фотополимеров <sup>2</sup>		
A16.07.002.012	Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров <sup>2</sup>	4	4
A16.07.002.009	Наложение временной пломбы	1,25	1,25
A16.07.091	Снятие временной пломбы	0,25	0,25
A16.07.092	Трепанация зуба, искусственной коронки	0,48	0,48
A16.07.008.001	Пломбирование корневого канала зуба пастой	1,16	1,16
A16.07.008.002	Пломбирование корневого канала зуба гуттаперчевыми штифтами	1,7	1,7
A11.07.027	Наложение девитализирующей пасты	0,03	0,03
A16.07.009	Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы)	0,21	0,21
A16.07.010	Экстирпация пульпы	0,46	0,46
A16.07.019	Временное шинирование при заболеваниях пародонта <sup>3</sup>	1,98	1,98
A16.07.020.001	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба ручным методом <sup>4</sup>	0,32	0,32
A16.07.025.001	Избирательное полирование зуба	0,2	0,2
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба <sup>4</sup>	0,2	0,2
A16.07.030.001	Инструментальная и медикаментозная обработка хорошо проходимого корневого канала	0,92	0,92
A16.07.030.002	Инструментальная и медикаментозная обработка плохо проходимого корневого канала	1,71	1,71
A16.07.030.003	Временное пломбирование лекарственным препаратом корневого канала	0,5	0,5
A16.07.039	Закрытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба <sup>4</sup>	0,31	0,31
A 16.07.082.001	Распломбировка корневого канала ранее леченного пастой	2	2
A16.07.082.002	Распломбировка одного корневого канала ранее леченного фосфатцементом/резорцин-формальдегидным методом	3,55	3,55
B01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	1,4	1,4
B01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	1,08	1,08
A11.03.003	Внутрикостное введение лекарственных препаратов	0,82	0,82
A15.03.007	Наложение шины при переломах костей <sup>5</sup>	6,87	6,87
A15.03.011	Снятие шины с одной челюсти	1,43	1,43
A 15.04.002	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов	2,55	2,55
A15.07.001	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) зубов	2,96	2,96

A11.07.001	Биопсия слизистой полости рта	1,15	1,15
A11.07.002	Биопсия языка	1,15	1,15
A11.07.005	Биопсия слизистой преддверия полости рта	1,15	1,15
A11.07.007	Биопсия тканей губы	1,15	1,15
A11.07.008	Пункция кисты полости рта	0,91	0,91
A11.07.009	Бужирование протоков слюнных желез	3,01	3,01
A11.07.013	Пункция слюнной железы	0,91	0,91
A11.07.014	Пункция тканей полости рта	0,91	0,91
A11.07.015	Пункция языка	0,91	0,91
A11.07.016	Биопсия слизистой ротоглотки	1,15	1,15
A11.07.018	Пункция губы	0,91	0,91
A11.07.019	Пункция патологического образования слизистой преддверия полости рта	0,91	0,91
A11.07.020	Биопсия слюнной железы	1,15	1,15
A15.01.003	Наложение повязки при операции в челюстно-лицевой области	1,06	1,06
A15.07.002	Наложение повязки при операциях в полости рта	1,06	1,06
A16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани <sup>б</sup>	1,3	1,3
A16.01.008	Сшивание кожи и подкожной клетчатки <sup>7</sup>	0,84	0,84
A16.07.097	Наложение шва на слизистую оболочку рта	0,84	0,84
A16.01.012	Вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса)	2	2
A16.01.016	Удаление атеромы	2,33	2,33
A16.01.030	Иссечение грануляции	2,22	2,22
A16.04.018	Вправление вывиха сустава	1	1
A16.07.095.00i	Остановка луночного кровотечения без наложения швов методом тампонады	1,25	1,25
A16.07.095.002	Остановка луночного кровотечения без наложения швов с использованием гемостатических материалов	1	1
A16.07.001.001	Удаление временного зуба	1,01	1,01
A16.07.001.002	Удаление постоянного зуба	1,55	1,55
A16.07.001.003	Удаление зуба сложное с разъединением корней	2,58	2,58
A16.07.024	Операция удаления ретинированного, дистопированного или сверхкомплектного зуба	3	3
A 16.07.040	Лоскутная операция в полости рта	2,7	2,7
A16.07.007	Резекция верхушки корня	3,78	3,78
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления в полости рта	1	1
A16.07.012	Вскрытие и дренирование одонтогенного абсцесса	0,97	0,97
A16.07.013	Отсроченный кюретаж лунки удаленного зуба	1,03	1,03
A16.07.014	Вскрытие и дренирование абсцесса полости	2,14	2,14

A16.07.0i5	Вскрытие и дренирование очага воспаления мягких тканей лица или дна полости рта	2,41	2,41
A16.07.016	Цистотомия или цистэктомия	3,89	3,89
A16.07.017.002	Коррекция объема и формы альвеолярного отростка <sup>9</sup>	1,22	1,22
A16.07.026	Гингивэктомия	4,3	4,3
A16.07.089	Гингивопластика	4,3	4,3
A16.07.038	Открытый юретаж при заболеваниях пародонта в области зуба <sup>4</sup>	1	1
A16.07.042	Пластика уздечки верхней губы	2,1	2,1
A16.07.043	Пластика уздечки нижней губы	2,1	2,1
A16.07.044	Пластика уздечки языка	1	1
A16.07.096	Пластика перфорации верхнечелюстной пазухи	4	4
A16.07.008.003	Закрытие перфорации стенки корневого канала зуба	1,8	1,8
A16.07.058	Лечение перикоронита (промывание, рассечение и/или иссечение капюшона)	1,04	1,04
A16.07.059	Гемисекция зуба	2,6	2,6
A11.07.025	Промывание протока слюнной железы	1,85	1,85
A16.22.0I2	Удаление камней из протоков слюнных желез	3	3
A16.30.064	Иссечение свища мягких тканей	2,25	2,25
A16.30.069	Снятие послеоперационных швов (лигатур)	0,38	0,38
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	1,5	1,5
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов	1,5	1,5
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	0,5	0,5
A17.07.004	Ионофорез при патологии полости рта и зубов	1,01	1,01
A17.07.006	Депозит при патологии полости рта и зубов	1,5	1,5
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта	2	2
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	1,67	1,67
A17.07.009	Воздействие электрическими полями при патологии полости рта и зубов	1	1
A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов	1	1
A17.07.011	Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов	1,25	1,25
A17.07.012	Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов	1,25	1,25
A20.07.001	Гидроорошение при заболевании полости рта и зубов	1,5	1,5
A21.07.001	Вакуум-терапия в стоматологии	0,68	0,68
A22.07.005	Ультрафиолетовое облучение ротоглотки	1,25	1,25
A22.07.007	Ультрафонофорез лекарственных препаратов на область десен	1	1
Ортодонтия			



V01.063.001	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта первичный		4,21
V01.063.002	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта повторный		1,38
V04.063.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта		1,69
A02.07.004	Антропометрические исследования		1,1
A23.07.002.027	Изготовление контрольной модели		2,5
A02.07.010.001	Снятие оттиска с одной челюсти		1,4
A02.07.010	Исследование на диагностических моделях челюстей		2
A23.07.001.001	Коррекция съемного ортодонтического аппарата		1,75
A23.07.003	Припасовка и наложение ортодонтического аппарата		1,8
A23.07.001.002	Ремонт ортодонтического аппарата		1,55
A23.07.002.037	Починка перелома базиса самотвердеющей пластмассой		1,75
A23.07.002.045	Изготовление дуги вестибулярной с дополнительными изгибами		3,85
A23.07.002.073	Изготовление дуги вестибулярной		2,7
A23.07.002.051	Изготовление кольца ортодонтического		4
A23.07.002.055	Изготовление коронки ортодонтической		4
A23.07.002.058	Изготовление пластинки вестибулярной		2,7
A23.07.002.059	Изготовление пластинки с заслоном для языка (без кламмеров)		2,5
A23.07.002.060	Изготовление пластинки с окклюзионными накладками		18,0
A16.07.053.002	Распил ортодонтического аппарата через винт		1
<b>Профилактические услуги</b>			
V04.064.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского		1,57
V04.065.006	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога	1,3	1,57
V04.065.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта	1,3	
V04.065.004	Профилактический прием (осмотр, консультация) зубного врача	1,3	1,3
A11.07.012	Глубокое фторирование эмали зуба	0,3	0,3
A 11.07.024	Местное применение реминерализующих препаратов в области зуба <sup>4</sup>	0,7	0,7
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта	0,87	0,87
A16.07.057	Запечатывание фиссуры зуба герметиком	1	1

**Примечания:**

<sup>1</sup> - одного квадранта

<sup>2</sup> - включая полирование пломбы

<sup>3</sup> - трех зубов

<sup>4</sup> - одного зуба

<sup>5</sup> - на одной челюсти

<sup>6</sup> - без наложения швов

<sup>7</sup> - один шов

<sup>8</sup> - в области двух-трех зубов

<sup>9</sup> - в области одного-двух зубов

**Перечень показателей результативности деятельности МО, имеющей прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности МО, включая показатели объемов МП, их целевые значения и порядок применения**

№ п/п	Показатель	Единица измерения	Периодичность оценки	Алгоритм расчета показателя:	Оценка показателя- Число баллов	Примечание:
1	Уровень госпитализации прикрепленного населения от общей численности прикрепленного населения:	%	Ежемесячно	$У_{гос.} = Ч_{гос.} / Ч_{общ} * 100\%$ , где	1% -10 баллов	Для оценки показателя рекомендуется исключить диагнозы, связанные с внешними причинами заболеваемости: за исключением госпитализаций по поводу травм, отравлений, беременности и родов, инфекционных заболеваний, медицинской реабилитации (Все коды МКБ-10, кроме классов "А", "В", "О", "S", "Т").
				Ч <sub>гос.</sub> - объем госпитализаций прикрепленного населения в МО	менее 1% -9,5 баллов	
				Ч <sub>общ</sub> - численность прикрепленного к МО населения		
2	Частота вызовов скорой медицинской помощи прикрепленному населению	ед. на 1000 прикрепленного населения	Ежемесячно	$Ч_{выз.} = К_{выз.} / Ч_{общ} * 1000$ , где	Частота вызовов 230 -	
				К <sub>выз.</sub> - общее количество вызовов скорой медицинской помощи прикрепленных лиц за текущий месяц	Частота вызовов менее 230 -9,5 баллов	
				Ч <sub>общ</sub> - численность прикрепленного к МО населения		
3	Доля обоснованных жалоб пациентов на работу медицинской организации	%	Ежемесячно	$Д_{пер.} = К_{об.} / Ч_{пр.} * 100\%$ , где	менее 30% -10 баллов	Для оценки показателя учитываются жалобы на медицинскую организацию, поступившие в ТФОМС и СМО
				К <sub>об.</sub> - количество жалоб на работу МО, признанных обоснованными	30% и более - 9,5 баллов	
				Ч <sub>пр.</sub> - общее число жалоб на работу МО, принятых и рассмотренных ТФОМС и СМО		

№ п/п	Показатель	Единица измерения	Периодичность оценки	Алгоритм расчета показателя:	Оценка показателя- Число баллов	Примечание:
4	Летальность в круглосуточном стационаре среди прикрепленного населения	%	Ежемесячно	$L = \frac{Чу}{Чгос} * 100\%$ , где	1,5 случаев -10 баллов	
				Чу - число умерших в круглосуточном стационаре МО		
				Чгос - число пролеченных в круглосуточном стационаре	более 1,5 случаев -9,5 баллов	
5	Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения из подлежащего диспансеризации в текущем году	%	Ежемесячно	$О_{дис.} = \frac{V_{дф_{кв}}}{V_{дп_{кв}}}$ , где:	целевое значение - не менее 80 % от подлежащих диспансеризации в текущем году	Для оценки показателя может применяться индикатор отношения количества случаев II-го этапа диспансеризации к общему количеству законченных случаев диспансеризации
				$V_{дф}$ – объем лиц, прошедших диспансеризацию (профосмотры) в отчетном квартале;		
				$V_{дп}$ – объем лиц, подлежащих диспансеризации (профосмотрам) по плану, в отчетном квартале.		
6	Выполнение плановых объемов МП по профилактическим посещениям, установленных Комиссией по разработке ТПОМС	%	Ежемесячно, с нарастающим итогом	$Д_{пп.} = \frac{V_{пп}}{V_{ппобщ}} * 100$ , где:	90% -10 баллов	Для оценки показателя рекомендуется контролировать соответствие фактического количества посещений функции врачебной должности в разрезе медицинских специальностей.
				$V_{пп}$ – фактический объем посещений с профилактической целью;	менее 90% -9,5 баллов	
				$V_{общ}$ – плановый объем посещений с профилактической целью.		

№ п/п	Показатель	Единица измерения	Периодичность оценки	Алгоритм расчета показателя:	Оценка показателя- Число баллов	Примечание:
7	Выполнение плановых объемов МП по обращениям, установленных Комиссией по разработке ТПОМС	%	Ежемесячно, с нарастающим итогом	<b>Д оп. = <math>V_{об}/V_{об.общ} * 100</math>, где:</b>	75% -10 баллов	Для оценки показателя рекомендуется контролировать соответствие фактического количества обращений функции врачебной должности в разрезе медицинских специальностей.
				$V_{обп}$ – фактический объем обращений;	менее 75% -9,5 баллов	
				$V_{общ}$ – плановый объем обращений		
8	Выполнение плановых объемов МП в неотложной форме, установленных Комиссией по разработке ТПОМС	%	Ежемесячно, с нарастающим итогом	<b>Д оп. = <math>V_{об}/V_{об.общ} * 100</math>, где:</b>	60% -10 баллов	Для оценки показателя рекомендуется контролировать фактическое количество посещений в неотложной форме
				$V_{обп}$ – фактический объем посещений;	менее 60% -9,5 баллов	
				$V_{общ}$ – плановый объем посещений		
9	Выполнение плановых объемов МП в круглосуточном стационаре, установленных Комиссией по разработке ТПОМС	%	Ежемесячно, с нарастающим итогом	<b>Д стац. = <math>V_{гос.}/V_{об.гос.} * 100</math>, где:</b>	75% -10 баллов	Для оценки показателя рекомендуется контролировать соответствие фактического количества случаев госпитализаций в разрезе медицинских специальностей.
				$V_{госп}$ – фактический объем случаев госпитализации в круглосуточный стационар;		

№ п/п	Показатель	Единица измерения	Периодичность оценки	Алгоритм расчета показателя:	Оценка показателя- Число баллов	Примечание:
				Воб.госп. плановый объем случаев госпитализации в круглосуточный стационар	менее 75% -9,5 баллов	
10	Выполнение плановых объемов МП в дневном стационаре, установленных Комиссией по разработке ТПОМС	%	Ежемесячно, с нарастающим итогом	$Д дс. = V_{леч.} / V_{об.леч.} * 100, \text{ где:}$	70% -10 баллов	Для оценки показателя рекомендуется контролировать соответствие фактического количества случаев лечения в разрезе медицинских специальностей.
				V <sub>леч.</sub> – фактический объем случаев лечения в дневном стационаре;	менее 70% -9,5 баллов	
				V <sub>общ</sub> – плановый объем случаев лечения в дневном стационаре		

**Методика оценки результативности МО, имеющей прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности МО, включая показатели объемов МП.**

1. Оценка показателей результативности деятельности медицинской организации осуществляется на основании установленных показателей и баллов. Коэффициент достижения результата определяется суммарно.
2. Максимальная сумма баллов для медицинской организации составляет - 100 баллов, минимальная - 95 баллов (1 балл - 1%).
3. При сумме баллов от 100 до 96 значение подушевого норматива финансирования медицинской помощи для медицинской организации на следующий месяц не пересчитывается.
4. При сумме баллов 95 значение подушевого норматива финансирования медицинской помощи для медицинской организации уменьшается на 5% в следующем месяце.