

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ  
В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
НА ТЕРРИТОРИИ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
НА 2021 ГОД**

г. Иваново

3 февраля 2021 года

Департамент здравоохранения Ивановской области, в лице члена Правительства Ивановской области – директора Департамента здравоохранения Ивановской области Фокина А.М., территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ивановской области, в лице директора Березиной И.Г., страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ивановской области, в лице директора Ивановского филиала АО "Страховая компания "СОГАЗ - Мед" Новикова А.В., Ассоциация врачей Ивановской области, в лице председателя Волкова И.Е., Ивановская областная организация профессионального союза работников здравоохранения РФ, в лице председателя Вацура Г.В., именуемые в дальнейшем «Стороны», руководствуясь статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», заключили настоящее Тарифное соглашение о нижеследующем:

**1. Общие положения**

1.1. Тарифное соглашение разработано и заключено в соответствии с:

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

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

постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»;

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;

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»;

приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от

29.12.2020 № 1397н «Об утверждении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Ивановской области, регулирующими правоотношения по предмету настоящего Тарифного соглашения.

1.2. Предметом настоящего Тарифного соглашения является тарифное регулирование оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным по обязательному медицинскому страхованию лицам в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ивановской области на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, в части территориальной программы обязательного медицинского страхования.

1.3. Тарифное соглашение устанавливает тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – ТПОМС), их размер и структуру, способы оплаты медицинской помощи, размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

1.4. Тарифное соглашение регулирует правоотношения, возникающие между участниками обязательного медицинского страхования при реализации ТПОМС.

1.5. Для целей настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные понятия и термины.

**Базовая ставка финансирования медицинской помощи в стационаре** - средний объем финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оплачиваемой на основе КСГ, в расчете на одного пролеченного пациента, определенный с учетом норматива финансового обеспечения, установленного ТПОМС (без учета поправочных коэффициентов, применяемых при оплате по КСГ).

**Базовая ставка финансирования медицинской помощи в дневном стационаре** - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в расчете на одного пролеченного пациента, определенный с учетом норматива финансового обеспечения, установленного ТПОМС (без учета поправочных коэффициентов, применяемых при оплате по КСГ).

**Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях** - объем финансирования первичной медико-санитарной помощи по видам, финансовое обеспечение

которых осуществляется по подушевому нормативу, в расчете на одно застрахованное в Ивановской области лицо.

**Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи** - объем финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в расчете на одно застрахованное в Ивановской области лицо.

**Дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи** - ежемесячный объем финансирования конкретной медицинской организации в расчете на одно прикрепившееся застрахованное лицо.

**Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи** - ежемесячный объем финансирования станции (отделения) скорой медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в зоне обслуживания.

**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 выполнения 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.

**Посещение с профилактической и иной целью** - единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (включая посещения, связанные с профилактическими мероприятиями, в том числе посещения центров здоровья, посещения среднего медицинского персонала, а также разовые посещения в связи с заболеваниями, а также посещения центров амбулаторной онкологической помощи).

**Посещение с неотложной целью** - единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

**Обращение в связи с заболеванием** – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (по основной врачебной специальности) – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

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

**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 (КПГ)** - группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединённых одним профилем медицинской помощи;

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

**Коэффициент относительной затратоемкости (КЗ)** – устанавливаемый на федеральном уровне 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);

**Коэффициент специфики** - 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;

**Коэффициент уровня медицинской организации** - коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинской организации в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и условиях дневного стационара;

**Коэффициент подуровня медицинской организации** - коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами;

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

**Оплата медицинской помощи за услугу** - составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации либо при оказании услуги в амбулаторных условиях строго в соответствии с перечнем услуг.

**Коэффициент дифференциации подушевого норматива** - коэффициент, учитывающий различия в затратах МО на оказание медицинской помощи прикрепленным лицам.

**Медицинские организации, имеющие прикрепленное население** – медицинские организации, участвующие в реализации ТПОМС и имеющие прикрепленных по территориально-участковому принципу либо по выбору застрахованных по ОМС лиц, оплата медицинской помощи которым осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу на прикрепившихся лиц

**Медицинские организации, не имеющие прикрепленного населения** - медицинские организации, участвующие в реализации ТПОМС, организационная структура которых не предусматривает наличие территориально-участкового принципа обслуживания населения.

**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, летальном исходе, при проведении диагностических исследований. 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 медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.

**Подушевое финансирование** - способ оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, при котором объем финансирования медицинских организаций зависит от численности прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц и размера дифференцированного подушевого норматива финансирования.

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

**Условная единица трудоемкости (УЕТ)** - норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме, необходимого для лечения среднего кариеса (1 класс по Блеку).

**Установленный объем медицинской помощи** - годовской объем медицинской помощи по условиям ее оказания, выраженный в единицах объема (вызов, посещение, обращение, случай госпитализации в условиях стационара, случай лечения в условиях дневного стационара), установленный для МО решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

Понятия «**медицинская помощь**», «**медицинская услуга**» применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Понятия «**обязательное медицинское страхование**» (ОМС), «**базовая программа обязательного медицинского страхования**», «**территориальная программа обязательного медицинского страхования**», «**страховая медицинская организация**» (СМО), «**медицинская организация**» (МО), «**застрахованное лицо**» применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

## **2. Способы оплаты медицинской помощи**

2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, участвующими в реализации ТПОМС, осуществляется в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи, в пределах объемов медицинской помощи по условиям ее оказания, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования и распределенных между МО и СМО, с учетом результатов контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи.

2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты:

1) в МО, имеющих прикрепившихся лиц:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора гитивоопухоловой лекарственной терапии, а также

средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

2) за единицу объема медицинской помощи;

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

- за медицинскую услугу при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - 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 и подбора противоопухолевой лекарственной терапии.

Направление на диагностическое исследование оформляется как посещение с профилактической и иной целью, в качестве результата оказания медицинской помощи указывается «Направлен на обследования».

При направлении на диагностическое исследование при подозрении на злокачественное новообразование указывается диагноз Z03.1 - Наблюдение при подозрении на злокачественную опухоль, в других случаях - Z03.8 - Наблюдение при подозрении на другие болезни или состояния.

При представлении к оплате счетов за выполненные медицинские услуги при проведении диагностических исследований при подозрении на злокачественную опухоль в качестве основного диагноза указывается диагноз Z03.1 - Наблюдение при подозрении на злокачественную опухоль, в других случаях - Z03.8 - Наблюдение при подозрении на другие болезни или состояния.

В случае выявления по результатам исследований отклонения от нормы в качестве сопутствующего диагноза указывается один из диагнозов класса XVIII МКБ-10:

R84 - R89 - Отклонения от нормы, выявленные при исследовании препаратов,

R90 - R93 - Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностических изображений в ходе исследования,

R94 - Отклонения от нормы, выявленные при проведении функциональных исследований;

- за медицинскую услугу в рамках сверх базовой программы ОМС: проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушения развития ребенка у беременных женщин, проведение неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций;

- за комплексное посещение при оплате профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования).

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, в том числе диспансеризации, включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации, и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранения»;

- за посещение, за обращение (законченный случай) с учетом уровней организации медицинской помощи - при оплате медицинской помощи, не включенной в подушевой норматив финансирования;

- за медицинские услуги - гемодиализ интермиттирующий высокопоточный, перитонеальный диализ, сцинтиграфия, комплексное исследование для диагностики фоновых и предраковых заболеваний репродуктивных органов у женщины, маммография, (в том числе с использованием передвижного маммографа), оптическое исследование сетчатки с помощью компьютерного анализатора, секторальная лазеркоагуляция сетчатки, комплексное исследование для диагностики нарушений зрения, дистанционное наблюдение за показателями артериального давления (при подборе лекарственной терапии, при контроле эффективности лекарственной терапии), нагрузочное ЭКГ-тестирование (велоэргометрия), позитронно-эмиссионная компьютерная томография (ПЭТ-КТ), тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), компьютерная томография легких без контрастирования (COVID-19), хирургическое лечение вторичной катаракты методом лазерной дисцизии задней капсулы хрусталика, рентгеноденситометрия. Оплата услуги

тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) осуществляется за фактически выполненные объемы:

- за медицинскую помощь, оказываемую в Центрах здоровья (первичное и повторное посещение), впервые обратившимся гражданам в отчетном году для проведения комплексного обследования, и обратившимся для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача Центра здоровья, а также гражданам, направленным медицинской организацией по месту прикрепления, медицинскими работниками образовательных организаций.

3) по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации – при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по базовой и сверх базовой ТПОМС, с учетом уровней организации медицинской помощи и способов оплаты, приведен в приложении №1 к Тарифному соглашению.

2.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) применяются следующие способы оплаты:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу (клинико-профильную группу) с учетом уровней (подуровней) организации медицинской помощи. Алгоритм формирования различных КСГ с учетом установленных критериев группировки, оплаты по двум КСГ в рамках одного случая лечения, особенности формирования отдельных КСГ в условиях круглосуточного стационара изложены в Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленной в субъекты Российской Федерации совместным письмом от 30.12.2020 Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/и/2-20621 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 00-10-26-2-04/11-51 (далее – Рекомендации).

- за законченный случай лечения заболевания при оказании высокотехнологичной медицинской помощи (далее - ВМП) в соответствии с разделом I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, установленного приложением к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов (далее - Программа) с учетом предельного количества законченных случаев оказания

медицинской помощи по ВМП на 2021 год (перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи приведен в приложении № 2 к Тарифному соглашению);

- за 1 койко-день по паллиативной медицинской помощи в рамках сверх базовой программы ОМС;

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при заболевании, состоянии, включенном в КСГ, КПП;

- за медицинскую услугу.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи 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.

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.

Перечень групп, по которым оплата осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, представлен в Рекомендациях.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 90% от стоимости КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 70% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, представлен в Рекомендациях.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях по базовой и сверх базовой ТПОМС с учетом уровней (подуровней) организации медицинской помощи и способов оплаты, включая ВМП и медицинские услуги, приведен в приложении №3 к Тарифному соглашению.

2.4. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара применяются следующие способы оплаты:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в

соответствующую клинико-статистическую группу (клинико-профильную группу) с учетом уровней (подуровней) организации медицинской помощи.

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при заболевании, состоянии, включенном в КСГ (КПГ).

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи 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.

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.

Перечень групп, по которым оплата осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, представлен в Рекомендациях.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 90% от стоимости КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 70% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, представлен в Рекомендациях.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара по базовой ТПОМС с учетом уровней (подуровней) организации медицинской помощи и способов оплаты, приведен в приложении №4 к Тарифному соглашению,

2.5. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) применяются следующие способы оплаты:

- в медицинских организациях, имеющих прикрепленное население, - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи, в том числе с применением тромболизиса;
- в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения, - по

тарифам за вызов специализированной экстренной консультативной бригады;

- при оказании медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, - по тарифам за вызов скорой медицинской помощи, в том числе с применением тромболизиса.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации по базовой ТПОМС с учетом уровней организации медицинской помощи и способов оплаты, приведен в приложении №5 к Тарифному соглашению.

2.6. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, применяются следующие способы оплаты:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи.

При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов.

Перечень медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности и межучрежденческих расчетов, указан в приложении №6 к Тарифному соглашению.

### **3. Тарифы на оплату медицинской помощи**

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных Законом Ивановской области от

29.12.2020 № 94-ОЗ «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Ивановской области на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» в части финансового обеспечения ТПОМС с учетом федеральных нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и федеральных нормативов объемов медицинской помощи, установленных Программой.

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», и Рекомендациями и включают в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных препаратов, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

3.2.1. Тарифы на оплату медицинской помощи и размеры подушевого финансирования медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию формируются в соответствии с принятыми в ТПОМС способами оплаты медицинской помощи.

3.2.2. В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования за счет средств ОМС осуществляется финансовое обеспечение застрахованным лицам:

- первичной медико-санитарной помощи, включая профилактическую помощь, скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП, включенной в раздел I перечня видов ВМП, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 3 Территориальной программы госгарантий, за исключением

заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения;

- профилактических мероприятий, включая профилактические медицинские осмотры граждан и их отдельных категорий, указанных в разделе 3 Территориальной программы госгарантий, в том числе в рамках диспансеризации, диспансеризацию, диспансерное наблюдение (при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 3 Территориальной программы госгарантий, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения), а также мероприятий по медицинской реабилитации, осуществляемых в медицинских организациях амбулаторно, стационарно и в условиях дневного стационара, применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- медицинской помощи в случае выявления заболевания, включенного в базовую программу ОМС, в рамках проведения обязательных диагностических исследований при постановке граждан на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении договора об обучении на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе 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 (в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, входящим в базовую ОМС).

Финансовое обеспечение медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной службе осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и не включено в средние нормативы, установленные ТПОМС.

3.3. Тарифы на оплату медицинской помощи в одной МО являются едиными для всех СМО, находящихся на территории Ивановской области, оплачивающих медицинскую помощь в рамках ТПОМС.

Размер тарифа на оплату медицинской помощи устанавливается дифференцированно для медицинских организаций в зависимости от уровня (подуровня) медицинской организации.

Коэффициенты уровней медицинской организации приведены в

приложении №7 к Тарифному соглашению.

3.4. Оплата медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках ТПОМС:

3.4.1. Размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, составляют:

- в неотложной форме – 671,1 рубля;
- при обращении по заболеванию – 1 508,5 рубля.

На проведение диагностических (лабораторных) исследований:

- компьютерной томографии – 3 766,9 рубля,
- магнитно-резонансной томографии - 4 254,2 рубля,
- ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 681,6 рубля,
- эндоскопического диагностического исследования – 937,1 рубля,
- патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2 119,3 рубля,
- молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – 9 879,9 рубля,
- тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 584,0 рубля;

С профилактическими и иными целями:

- комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров – 1 896,5 рубля,
- комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний – 2 180,1 рубля,
- с иными целями – 329,1 рубля.

3.4.2. Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях.

3.4.2.1. Тарифы на одно посещение с профилактическими и иными целями, оказываемое в амбулаторных условиях в рамках базовой ТПОМС, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, указаны в приложении №8 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.2. Тарифы на одно обращение по поводу заболевания, оказываемое в амбулаторных условиях в рамках базовой ТПОМС, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, указаны в приложении №9 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.3. Тарифы на одно посещение в неотложной форме, оказываемое в амбулаторных условиях, оказываемое в рамках базовой ТПОМС, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, указаны в

приложение №10 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.4. Тарифы на 1 посещение по паллиативной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках сверх базовой ТПОМС, за исключением межтерриториальных расчетов - приложение №11 к настоящему Тарифному соглашению.

Расчет тарифов по паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях определяется соотношением суммы межбюджетного трансферта в части амбулаторной медицинской помощи и утвержденных в плане-задании объемов.

3.4.2.5. Тарифы на медицинские услуги для самостоятельных расчетов с медицинскими организациями государственной системы здравоохранения Ивановской области, а также для межучрежденческих расчетов – приложение № 12 к Тарифному соглашению.

3.4.2.6. Тарифы на проведение I этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, тарифы на проведение I этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в том числе с использованием мобильных комплексов, применяемые для осуществления межтерриториальных расчетов, - приложение №13 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.7. Тарифы на проведение I и II этапов диспансеризации определенных групп взрослого населения по возрастным категориям, в том числе с использованием мобильных комплексов, применяемые в рамках I этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения для осуществления межтерриториальных расчетов, - приложение №14 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.8. Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров взрослого населения, в том числе с использованием мобильных комплексов, применяемые для осуществления межтерриториальных расчетов, - приложение №15 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.9. Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, применяемые для осуществления межтерриториальных расчетов, - приложение №16 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.10. Расчет тарифов, указанных в приложении №11 к настоящему Тарифному соглашению, по проведению пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин; перинатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в

соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, определяется соотношением суммы межбюджетного трансферта и утвержденных в план-задании объемов. Тарифы.

3.4.3. Расчет подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, определен с учетом Рекомендаций и отдельных положений Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов в соответствии с Алгоритмом расчета подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учетом показателей результативности и межучрежденческих расчетов на 2021 год.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную медико-санитарную помощь, первичную 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 заболеваниями, за исключением:

- расходов, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;
- расходов, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;
- расходов, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований;
- расходов, направляемых на оплату посещений в неотложной форме;
- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой в Центрах здоровья, и медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения;
- расходов на оплату медицинских услуг: гемодиализ интермиттирующий высокопоточный, перитонеальный диализ, сцинтиграфия, комплексное

исследование для диагностики фоновых и предраковых заболеваний репродуктивных органов у женщины, маммография, маммография (с использованием передвижного маммографа), оптическое исследование сетчатки с помощью компьютерного анализатора, секторальная лазеркоагуляция сетчатки, комплексное исследование для диагностики нарушений зрения, дистанционное наблюдение за показателями артериального давления (при подборе лекарственной терапии, при контроле эффективности лекарственной терапии), нагрузочное ЭКГ-тестирование (велоэргометрия), позитронно-эмиссионная компьютерная томография (ПЭТ-КТ), тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), компьютерная томография легких без контрастирования (COVID-19), хирургическое лечение вторичной катаракты методом лазерной дисцизии задней капсулы хрусталика, рентгеноденситометрия.

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

Значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования, учитывающего половозрастной состав обслуживаемого населения, приведены в приложении №17.

Перечень медицинских организаций и их подразделений, для которых применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе для медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу, включая оплату по всем видам и условиям медицинской помощи) приведен в приложении №18.

Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов медицинских организаций (в том числе для медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу, включая оплату по всем видам и условиям медицинской помощи) приведен в приложении №19.

Средства на оплату медицинской помощи в неотложной форме в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах учтены в размерах финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

Значения коэффициента уровня оказания медицинской помощи, включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризаций) (в том числе для медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу, включая оплату по всем видам и условиям медицинской помощи), приведены в приложении № 38.

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу

финансирования на прикрепившихся лиц в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности:

- на 01.01.2021 – 5%, или 0,05, размера фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования, в том числе 0,5%, или 0,005, размера фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования на выплаты медицинским организациям, внедряющим новую модель оказания первичной медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства (далее – «Новая модель ПМСП»).

Средства распределяются по решению Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования. Критерии результативности деятельности (в том числе для медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу, включая оплату по всем видам и условиям медицинской помощи) представлены в приложении №20. Критерии новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, представлены в приложении №32.

Размеры фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования приведены в приложении №21.

### 3.5. Оплата медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях:

3.5.1. Тарифы на оплату медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара. Перечень КСГ и тарифы на 1 случай госпитализации по КСГ в стационарных условиях по базовой ТПОМС с учетом уровней организации медицинской помощи, применяемые в том числе для межтерриториальных расчетов, приведены в приложении № 22 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.1.1. Перечень КППГ и тарифы на 1 случай госпитализации по КППГ в стационарных условиях по базовой ТПОМС с учетом уровней организации медицинской помощи, применяемые в том числе для межтерриториальных расчетов, приведены в приложении № 39 к настоящему Тарифному соглашению, тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых в стационарных условиях в рамках базовой ТПОМС, применяемые в том числе для межтерриториальных расчетов, - в приложении №23 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.1.2. Тарифы на оплату 1 койко-дня по паллиативной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях в отделениях паллиативной помощи и отделениях сестринского ухода в рамках сверх базовой ТПОМС, за исключением межтерриториальных расчетов, - приложение № 11 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.1.3. Расходы на койки по уходу за ребенком при оказании паллиативной медицинской помощи включены в общий тариф на койко-день.

3.5.2. При предоставлении в соответствии с законодательством Российской Федерации одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю права на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях стоимость оказанной ребенку медицинской помощи включает расходы на содержание одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний, и финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования по видам медицинской помощи и заболеваниям, включенным в ТПОМС, путем применения к тарифу на 1 случай госпитализации по КСГ коэффициента сложности лечения пациента, приведенного в приложении № 33 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.3. Оплата отдельных, редко встречающихся, затратных случаев оказания медицинской помощи, с проведением однотипных операций на парных органах и сочетанных хирургических вмешательств осуществляется с применением коэффициента сложности лечения пациента. Размер коэффициента сложности лечения пациента приведен в приложении № 33 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.4. Коэффициенты сложности лечения не применяются при оплате высокотехнологичной медицинской помощи.

3.5.5. Перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи, независимо от уровня организации медицинской помощи в стационарных условиях, указан в приложении № 34 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.6. Перечень КСГ и КПГ, к которым применяется коэффициент специфики в стационарных условиях указан в приложении № 35 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.7. При проведении процедур «Гемодиализация продолжительная» и «Гемодиализация продленная» оплата осуществляется дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации.

3.5.8. При направлении застрахованного лица в другую медицинскую организацию для проведения ПЭТ/КТ медицинской организацией, оказывающей ему медицинскую помощь в стационарных условиях и не имеющей возможности проведения ПЭТ/КТ, случай данной диагностики учитывается в рамках отдельного законченного случая при включении исследования в соответствующие клинические рекомендации (порядок оказания медицинской помощи, стандарт медицинской помощи), как консультацию – при отсутствии в клинических рекомендациях (порядке оказания медицинской помощи, стандарте медицинской помощи).

3.6. Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, осуществляется по тарифу законченного случая лечения.

3.6.1. Перечень КСГ и тарифы на 1 случай лечения по КСГ в условиях дневного стационара, по базовой ТПОМС с учетом уровней организации медицинской помощи, применяемые в том числе для межтерриториальных расчетов, приведены в приложении № 24 к настоящему Тарифному соглашению, перечень КППГ и тарифы на 1 случай лечения по КППГ в условиях дневного стационара, по базовой ТПОМС с учетом уровней организации медицинской помощи, применяемые в том числе для межтерриториальных расчетов, приведены в приложении № 40 к настоящему Тарифному соглашению.

3.6.2. Размер коэффициента сложности лечения пациента приведен в приложении № 33 к настоящему Тарифному соглашению.

3.6.3. Перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи, независимо от уровня организации медицинской помощи в условиях дневного стационара, указан в приложении № 34 к настоящему Тарифному соглашению.

3.6.4. Перечень КСГ и КППГ, к которым применяется коэффициент специфики, независимо от уровня организации медицинской помощи в условиях дневного стационара, указан в приложении № 35 к настоящему Тарифному соглашению.

3.7. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) в рамках ТПОМС:

3.7.1. Размер базового норматива финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за вызов скорой медицинской помощи составляет 2 698,8 рубля.

3.7.2. Тарифы на 1 вызов скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации в рамках базовой ТПОМС, с учетом уровней организации медицинской помощи, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, приведены в приложении № 25 к настоящему Тарифному соглашению.

3.7.3. Расчет подушевого норматива производится с учетом Рекомендаций и отдельных положений Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов в соответствии с Алгоритмом расчета подушевого норматива финансирования по скорой медицинской помощи с учетом межучрежденческих расчетов на 2021 год.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает

расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорую (специализированную) медицинскую помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи - вызов, за исключением:

- расходов на оплату вызовов с проведением тромболизиса;
- расходов на оплату экстренных вызовов, специализированных экстренных консультативных бригад в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения;
- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь лицам, застрахованным за пределами Ивановской области.

Значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования, учитывающего половозрастной состав обслуживаемого населения скорой медицинской помощи приведены в приложении №26.

Размеры дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи приведены в приложении №27.

3.8. Расчет по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи, проводится с учетом Рекомендаций и отдельных положений Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, в соответствии с Алгоритмом расчета подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), с учетом оценки показателей результативности деятельности и межучрежденческих расчетов на 2021 год.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную медико-санитарную помощь, первичную врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой и неотложной форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеваниями, специализированную медицинскую помощь

в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – случай госпитализации, а также специализированную медицинскую помощь и первичную медико-санитарную помощь в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – случай лечения, за исключением:

- расходов, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

- расходов, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (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 и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;

- расходов, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований;

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой в Центрах здоровья, и медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения;

- расходов на оплату медицинских услуг: гемодиализ интермиттирующий высокопоточный, перитонеальный диализ, сцинтиграфия, комплексное исследование для диагностики фоновых и предраковых заболеваний репродуктивных органов у женщины, маммография, маммография (с использованием передвижного маммографа), оптическое исследование сетчатки с помощью компьютерного анализатора, секторальная лазеркоагуляция сетчатки, комплексное исследование для диагностики нарушений зрения, дистанционное наблюдение за показателями артериального давления (при подборе лекарственной терапии, при контроле эффективности лекарственной терапии), нагрузочное ЭКГ-тестирование (велоэргометрия), позитронно-эмиссионная компьютерная томография (ПЭТ-КТ), тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), компьютерная томография легких без контрастирования (COVID-19), хирургическое лечение вторичной катаракты методом лазерной дисцизии задней капсулы хрусталика, рентгеноденситометрия;

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

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц для медицинской организации складывается из рассчитанного фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц для данной медицинской организации, включающего

медицинскую помощь в неотложной форме, а также объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией, финансируемой по подушевому нормативу по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), к базовому подушевому нормативу финансирования, учитывающего половозрастной состав обслуживаемого населения, приведены в приложении № 28.

При оплате по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, оказываемой по всем видам и условиям медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи) в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинских организаций, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности:

- на 01.01.2021 – 5%, или 0,05, размера дифференцированного подушевого норматива финансирования, в том числе 0,5%, или 0,005, размера дифференцированного подушевого норматива финансирования на выплаты медицинским организациям, внедряющим «Новую модель ПМСП».

Размеры дифференцированных подушевых нормативов финансирования приведены в приложении № 29.

3.9. Комиссией по разработке ТПОМС вне зависимости от применяемого способа оплаты устанавливаются единые базовые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемые при межучрежденческих расчетах (осуществляются медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями в соответствии с Тарифным соглашением) и межтерриториальных расчетах (осуществляются ТФОМС).

3.10. Расчеты между медицинскими организациями при предоставлении застрахованным прикрепленным лицам медицинской помощи в других медицинских организациях осуществляются страховыми медицинскими организациями в месяц предъявления счета к оплате по тарифу в размере 100% тарифа, действующего на дату оказания медицинской помощи соответствующего врача-специалиста.

Межучрежденческим расчетам подлежит медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями, финансируемыми по подушевому нормативу в амбулаторных условиях, а также по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи) в части оказания медицинской

помощи в амбулаторных условиях, гражданам, прикрепленным к другой медицинской организации Ивановской области, скорой медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема.

При возникновении отрицательных значений в медицинской организации в связи с проведением межучрежденческих расчетов страховая медицинская организация производит удержание образовавшейся задолженности за счет оплаты медицинской помощи, оказанной в других условиях, имеющихся в медицинской организации (за исключением сверх базовой ТПОМС).

Взаиморасчеты за оказанную медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме, медицинскую помощь, оказываемую в Центрах здоровья, медицинские услуги, включая предоставление клиничко-диагностических и прочих услуг, осуществляются МО самостоятельно.

3.11. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинскими организациями, находящимися вне территории Ивановской области, в которой выдан полис ОМС застрахованного лица, осуществляется по видам, включенным в базовую программу ОМС, по способам оплаты и тарифам, действующим на территории оказания медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи по видам, включенным в базовую программу ОМС, оказанной медицинскими организациями Ивановской области застрахованным лицам, находящимся вне территории страхования, производится по тарифу за единицу объема медицинской помощи.

Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Ивановской области, оказывающих медицинскую помощь в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности в другом субъекте Российской Федерации, применяются тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, действующие в субъекте Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи.

Перечень медицинских организаций, в которых применяются тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, действующие в субъекте Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи представлены в приложении №30 к Тарифному соглашению.

3.12. Оплата паллиативной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара и амбулаторно-поликлинических условиях, пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин; неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских

организаций, осуществляется за счет и в пределах средств межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджета Ивановской области в бюджет ТФОМС, лицам, зарегистрированным и застрахованным на территории Ивановской области, в пределах объемов, утвержденных планом-заданием на год с учетом поквартальной разбивки и ежемесячного финансового обеспечения.

Счета на оплату паллиативной медицинской помощи, пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин; неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций за 2020 год не подлежат оплате в 2021 году.

Для расчетов по сверхбазовой программе при изменении межбюджетного трансферта, передаваемого из областного бюджета в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования Ивановской области и (или) объемов медицинской помощи, влекущих изменение тарифов, оплата счетов осуществляется по тарифам, действующим на дату завершения оказания медицинской помощи.

3.13. Распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями в разрезе видов, форм и условий оказания медицинской помощи, а также профилей специализированной медицинской помощи и групп высокотехнологичной медицинской помощи, между медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования представлено в приложении №41 к Тарифному соглашению.

3.14. Распределение объемов финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями представлено в приложении №42 к Тарифному соглашению.

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

4.1. Размеры неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества приведены в приложении № 31 к настоящему Тарифному соглашению.

## 5. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с момента подписания, распространяется на отношения, возникшие с 01.01.2021, и действует по 31.12.2021.

5.2. Изменения и дополнения к настоящему Тарифному соглашению могут вноситься только в письменном виде, путем заключения дополнительных соглашений к нему в том же порядке, в котором заключено настоящее Тарифное соглашение.

### Подписи Сторон:

от Департамента  
здравоохранения  
Ивановской области

от территориального  
фонда  
обязательного  
медицинского  
страхования  
Ивановской области

от страховых  
медицинских  
организаций



от медицинских  
профессиональных  
некоммерческих организаций

от профессиональных союзов  
медицинских работников

