

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

30.12.2020 года

г. Н.Новгород

1. Общие положения

Министерство здравоохранения Нижегородской области (далее - министерство) в лице заместителя Губернатора Нижегородской области, министра здравоохранения Нижегородской области Мелик-Гусейнова Давида Валерьевича, первого заместителя министра здравоохранения Нижегородской области Михайловой Галины Васильевны и начальника отдела организации медицинской помощи взрослому населению Егоровой Татьяны Владимировны,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Нижегородской области (далее – ТФОМС Нижегородской области) в лице директора Ермоловой Светланы Игоревны, начальника финансово-экономического управления Шумаевой Оксаны Вячеславовны и начальника отдела организации обязательного медицинского страхования Мальхановой Александры Николаевны,

страховые медицинские организации, работающие в сфере обязательного медицинского страхования Нижегородской области (далее - СМО) в лице директора Нижегородского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Емелиной Веры Александровны, директора Филиала ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Нижегородской области Платоновой Татьяны Владимировны и директора Нижегородского филиала ООО «Страховая медицинская компания РЕСО-Мед» Кулаковой Ирины Михайловны,

Нижегородская региональная общественная организация «Врачебная палата Нижегородской области» в лице председателя Железина Олега Валерьевича,

Нижегородская региональная общественная организация «Главный врач» в лице председателя Сухачевой Надежды Николаевны,

Ассоциация нижегородских частных медицинских центров в лице председателя правления Душкина Алексея Вадимовича,

Нижегородская областная организация профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Приказнова Василия Николаевича, заместителя председателя Савельевой Любови Павловны и члена областного комитета Ястребова Павла Викторовича,

именуемые в дальнейшем Сторонами, в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 326-ФЗ), Правилами обязательного медицинского страхования, Положением о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, утвержденными уполномоченным Правительством Российской Федерации органом исполнительной власти, Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, а также её финансового обеспечения, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с пунктом 9¹ части 1 статьи 7 Федерального закона № 326-ФЗ, Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 № 2299 (далее - Программа), Программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Нижегородской области медицинской помощи на 2021 год и плановый период 2022 и 2023 годов, утвержденной постановлением Правительства Нижегородской области от 23.12.2020 № 1086, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», заключили настоящее соглашение (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

1. Предметом Тарифного соглашения является установление тарифов на

оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – тарифы по ОМС) и порядок их применения на территории Нижегородской области.

2. Настоящее Тарифное соглашение регулирует правоотношения сторон, а также медицинских организаций, возникающие при реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Нижегородской области на 2021 год. Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС (далее – медицинские организации), установлен Программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Нижегородской области медицинской помощи на 2021 год и плановый период 2022 и 2023 годов, утвержденной постановлением Правительства Нижегородской области от 23.12.2020 № 1086 (далее – Территориальная программа ОМС).

3. Тарифы по ОМС применяются медицинскими организациями для расчетов за медицинскую помощь, оказанную в соответствии с Территориальной программой ОМС застрахованным лицам на территории Нижегородской области, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями застрахованным лицам на территории иных субъектов Российской Федерации, по видам медицинской помощи, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

4. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями застрахованным лицам на территории Нижегородской области в рамках Территориальной программы ОМС, осуществляется страховыми медицинскими организациями, заключившими договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями застрахованным лицам на территории иных субъектов Российской Федерации в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, осуществляется ТФОМС Нижегородской области в соответствии с действующим законодательством.

5. Настоящее Тарифное соглашение устанавливает порядок применения тарифов по ОМС в медицинских организациях, а также ответственность за несоблюдение условий оказания медицинской помощи, ее оплаты и порядка использования средств ОМС в медицинских организациях.

6. Настоящее Тарифное соглашение заключено на основании решения Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия), состав которой утвержден Распоряжением Правительства Нижегородской области от 12.10.2011 № 2071-р «О создании комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Нижегородской области».

В настоящем Тарифном соглашении используются следующие термины и определения:

Тарифы - тарифы на оплату медицинской помощи, рассчитываемые в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в составе правил обязательного медицинского страхования, и включающие в себя статьи затрат, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Застрахованные лица – граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со ст. 13.5 Федерального закона от 25.07.2002 №115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19.02.1993 №4528-1 «О беженцах».

Медицинская организация (МО) - медицинская организация, участвующая в реализации Территориальной программы ОМС Нижегородской области.

Страховая медицинская организация (СМО) - страховая медицинская

организация, участвующая в реализации Территориальной программы ОМС Нижегородской области и заключившая договор финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования с ТФОМС Нижегородской области, в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Подушевой норматив - финансовый норматив на одно застрахованное лицо в месяц/в год, используемый при оплате амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи.

Дифференцированный подушевой норматив – финансовый норматив на одно застрахованное лицо в месяц, предусматривающий различия в затратах на оказание медицинской помощи застрахованному лицу.

Реестры – персонифицированные реестры счетов оказанной медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы ОМС Нижегородской области.

2. Способы оплаты медицинской помощи

2.1. При реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Нижегородской области в 2021 году применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации.

2.1.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

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

учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

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

- 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);

- по нормативу финансирования структурного подразделения (при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению).

2.1.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

- за законченный случай лечения заболевания, в том числе законченный случай реабилитации, включенный в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (в том числе КСГ);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при заболевании,

состоянии, включенном в КСГ (применяется 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, оказании услуг диализа);

- по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, входящих в базовую программу ОМС.

2.1.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за законченный случай лечения заболевания, в том числе законченный случай медицинской реабилитации, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (в том числе КСГ);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при заболевании, состоянии, включенном в КСГ (применяется 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, оказании услуг диализа).

2.1.4. 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):

- по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

2.2. Общие принципы и условия применения тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

2.2.1. Тарифы по ОМС в одной медицинской организации являются едиными для всех СМО, участвующих в сфере обязательного медицинского страхования Нижегородской области, оплачивающих медицинскую помощь в рамках Территориальной программы ОМС.

Тарифы по ОМС дифференцируются по видам медицинской помощи и по категориям населения (взрослое, детское) с учетом пола и возраста.

2.2.2. Тарифы по ОМС применяются в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными настоящим Тарифным соглашением.

При формировании реестров по законченным случаям оказания медицинской помощи применяются тарифы по ОМС, действующие на дату окончания лечения.

Тарифы по ОМС могут корректироваться с учетом изменения финансового обеспечения Территориальной программы ОМС.

2.2.3. Тарифы по ОМС формируются с учетом нормативов объема медицинской помощи, финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и подушевого норматива финансового обеспечения, и включают виды затрат (расходов), установленных Территориальной программой ОМС.

2.2.4. Оплата медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях Нижегородской области лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, осуществляется по видам, условиям и формам, включенным в базовую программу ОМС, по способам, тарифам, действующим на территории Нижегородской области.

2.2.5. Финансовые средства обязательного медицинского страхования, предназначенные для оплаты медицинской помощи, аккумулируются в ТФОМС Нижегородской области.

ТФОМС Нижегородской области производит финансирование СМО по дифференцированному подушевому нормативу финансового обеспечения, которые из полученных средств оплачивают медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями в рамках Территориальной программы ОМС.

2.2.6. Средства ОМС используются медицинскими организациями по целевому назначению в соответствии со структурой тарифа ОМС, утвержденной частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ.

2.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

2.3.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Медицинские организации, имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи), а также за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии определены в Приложении № 1 к настоящему Тарифному соглашению.

Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), за законченный случай лечения, случай лечения заболевания в стоматологии, включённого в соответствующую стоматологическую группу заболеваний, определены в Приложении № 1 к

настоящему Тарифному соглашению.

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

Оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение КТ, МРТ, маммографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи), подлежат посещения и обращения к врачу-терапевту участковому, врачу-терапевту участковому цехового лечебного участка, к врачу-гериатру, врачу-педиатру участковому, врачу общей практики (семейному врачу), врачу медицинского кабинета и/или здравпунктов дошкольно-школьных образовательных учреждений (далее - врач ДШО), к врачу-инфекционисту, врачу-кардиологу, врачу-детскому кардиологу, врачу-неврологу, врачу-оториноларингологу, врачу-офтальмологу, врачу-травматологу-ортопеду,

врачу-урологу, врачу-детскому урологу-андрологу, врачу-хирургу, врачу-детскому хирургу, врачу-эндокринологу, врачу-детскому эндокринологу, врачу-аллергологу-иммунологу, врачу-гастроэнтерологу, врачу-гематологу, врачу-диабетологу, врачу-дерматовенерологу, врачу-колопроктологу, врачу-нефрологу, врачу-пульмонологу, врачу-ревматологу.

В подушевой норматив финансирования не включена оплата медицинской помощи следующими специалистами: врачом-акушером-гинекологом (в том числе для приёма беременных и посещений окружных кабинетов пренатальной диагностики), врачом-терапевтом женских консультаций, врачом-онкологом (в том числе ЦАОП), врачом-детским онкологом, врачами-специалистами и средним медицинским персоналом, оказывающим стоматологическую помощь детскому и взрослому населению Нижегородской области (за исключением ортопедического лечения), а также фельдшером фельдшерско-акушерских пунктов.

В расчет подушевого норматива также заложено проведение необходимых параклинических исследований, в том числе: определение группы крови, резус фактора, HBS - антигена, HCV — антигена, RW, ВИЧ, общий анализ крови, биохимический анализ крови, включая определение общего белка и отдельных фракций, ферментов, липидов и их фракций, углеводов и проведение сахарной кривой, пигментов, низкомолекулярных азотистых веществ, неорганических веществ, определение свертывающей системы крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, по Зимницкому, исследование кала на я/г, соскоб на энтеробиоз, копрология, все виды рентгенологических исследований, в т.ч. ФЛГ, (за исключением КТ, МРТ, маммографии, сцинциграфии), УЗИ (за исключением УЗИ сердечно-сосудистой системы), ЭКГ, ЭКГ – мониторинг, АД – мониторинг, исследование ФВД, общий анализ мокроты (с микроскопией), исследование мокроты на КУМ (окраска по Циль-Нильсену).

2.3.3. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

2.3.3.1. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за

исключением расходов на проведение КТ, МРТ, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи), определен в Приложении № 2 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.3.2. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, в том числе при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - КТ, МРТ, 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, за посещение, за обращение определен в Приложении № 3 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.3.3. Порядок оплаты медицинской помощи при проведении услуг с применением экстракорпоральных и интракорпоральных методов лечения определен в Приложении № 3.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.3.4. Порядок оплаты медицинской помощи с применением информационных технологий определен в Приложении № 3.2 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.3.5. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, за законченный случай лечения заболевания в стоматологии, включённого в соответствующую стоматологическую группу заболеваний,

определен в Приложении № 4 к настоящему Тарифному соглашению.

2.4. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.

2.4.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, определен в Приложении № 5 к настоящему Тарифному соглашению.

2.4.2. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе прерванных случаев оказания медицинской помощи) и оказания высокотехнологичной медицинской помощи, определен в Приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

2.5. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

2.5.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, определен в Приложении № 7 к настоящему Тарифному соглашению.

2.5.2. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в том числе прерванных случаев оказания медицинской помощи, определен в Приложении № 8 к настоящему Тарифному соглашению.

2.6. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

2.6.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи, определен в Приложении № 9 к настоящему Тарифному соглашению.

2.6.2. Порядок применения способов оплаты скорой медицинской помощи по подушевому нормативу в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи приведен в Приложении № 10 к настоящему Тарифному соглашению.

2.6.3. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи

включает в себя постоянные расходы, необходимые для обеспечения деятельности станции/подразделения скорой медицинской помощи, не потребляемые непосредственно при оказании скорой медицинской помощи бригадой, и часть переменных расходов, связанных с оказанием скорой медицинской помощи бригадой. В подушевой норматив включены расходы в соответствии с ч.7 ст.35 Федерального закон № 326-ФЗ, за исключением расходов, включенных в тариф за вызов скорой медицинской помощи с учетом профиля выездных бригад, установленных Тарифным соглашением (средства на осуществление выплат стимулирующего характера для работников скорой медицинской помощи, горюче-смазочные материалы, приобретение запасных частей для автомобилей и др.).

Расходы на проведение тромболитической терапии в подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи не включаются.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи.

Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными уполномоченным Правительством Российской Федерации органом исполнительной власти (далее - Правила ОМС).

Структура тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с ч.7 ст.35 Федерального закона № 326-ФЗ, включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на

арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Тарифы рассчитываются и устанавливаются на единицу объема медицинской помощи (1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров, на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающее профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний, на 1 посещение с иными целями, 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме, 1 обращение по поводу заболевания, 1 случай госпитализации, 1 случай лечения, 1 вызов скорой медицинской помощи), на медицинскую услугу (включая 1 диагностическое исследование), на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц.

3.1. Размер и структура тарифов в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

3.1.1. Средний размер финансового обеспечения.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, составляет:

- 4710,00 рубля.

3.1.2. Размер подушевого норматива.

Подушевой норматив финансирования, применяемый для вида медицинской помощи, финансовое обеспечение которого осуществляется по

подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение КТ, МРТ, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи), составляет 135,17 рубля в месяц или 1622,04 рубля в год.

Значение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования составляет - 0,0287.

3.1.3. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи

Тарифы, применяемые для оплаты:

- а) посещений центров здоровья (Приложение № 11);
- б) амбулаторно-консультативного приема (Приложение № 12);
- в) посещений с иными целями, в том числе посещений для проведения 2 этапа диспансеризации (Приложения № 13, 17);
- г) обращений по поводу заболевания (Приложение № 14);
- д) неотложной помощи (Приложение № 15);
- е) медицинских услуг (Приложение № 16, 16.1-16.4);
- ж) комплексных посещений по поводу диспансеризации и профилактических осмотров для отдельных категорий населения (применяются при межучрежденческих расчетах) (Приложения № 17-19);
- з) стоматологических групп по заболеванию и установленные коэффициенты относительной затратоемкости для определения стоимости СТГ по стоматологической помощи (Приложение № 20);
- и) базовая ставка на оплату стоматологической помощи по обязательному

медицинскому страхованию по законченному случаю заболевания, включенного в соответствующую стоматологическую группу заболеваний (СТГ), составляет 371,75 рубля;

к) отдельных услуг по стоматологической помощи по обязательному медицинскому страхованию (Приложение № 21);

л) медицинских услуг с применением экстракорпоральных и интракорпоральных методов лечения (Приложение № 22).

3.1.4. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива используются для расчета финансового норматива на одно застрахованное лицо в месяц, предусматривающего различия в затратах на оказание медицинской помощи по отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола и возраста, независимо от вида медицинской помощи.

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц в Нижегородской области распределяется на следующие половозрастные группы:

ноль – один год мужчины/женщины;

один год - четыре года мужчины/женщины;

пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;

восемнадцать - шестьдесят четыре года мужчины/женщины;

шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

На основании данных о затратах на оплату амбулаторной медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, и о численности застрахованных лиц за данный период, рассчитываются половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для каждой половозрастной группы застрахованных лиц.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования установлены Приложением № 23 к Тарифному соглашению.

3.1.5. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования, перечень медицинских организаций, 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 до 50 тыс. человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (КДот), размер коэффициентов уровня оказания медицинской помощи, учитывающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации) (КУмо), а также коэффициент специфики оказания медицинской помощи (КСмо) в соответствии с Требованиями применяемых для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц, установлены Приложением № 24 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.6. Коэффициенты оценки результативности МО-Фондодержателей.

Коэффициенты оценки результативности МО-фондодержателей, участвующие в расчете показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), установлены Приложением № 25 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.7. Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации (ФАП), а также значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, применяемых к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающих критерии соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению.

Базовый норматив финансовых затрат на ФАП и значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, применяемых к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение ФАП, установлены Приложением № 1 к Порядку оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных

условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение КТ, МРТ, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи) (Приложение № 2 к настоящему Тарифному соглашению).

3.2. Размер и структура тарифов в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

3.2.1. Средний размер финансового обеспечения.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, составляет – 5 603,70 рубля.

3.2.2. Перечень КСГ, коэффициентов относительной затратоемкости.

Перечень клинико-статистических групп и установленные коэффициенты относительной затратоемкости для определения стоимости КСГ по стационарной помощи установлен Приложением № 26 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2.3. Размер средней стоимости КСГ.

Базовая ставка на оплату стационарной медицинской помощи по

обязательному медицинскому страхованию по законченному случаю заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ) составляет:

- без учета коэффициента дифференциации - 23 456,20 рубля;
- с учетом коэффициента дифференциации - 23 550,02 рубля.

Размер коэффициента приведения при оплате специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара составляет - 0,65.

3.2.4. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ.

Установленные коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи в разрезе медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС в 2021 году, установлены Приложением № 27 к настоящему Тарифному соглашению.

Коэффициенты сложности лечения пациента указаны в Приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи установлены Приложением № 26 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2.5. Нормативы финансовых затрат на единицу медицинской помощи по перечню видов высокотехнологической медицинской помощи, входящих в базовую программу ОМС, оказываемой в условиях круглосуточного стационара установлены Приложением № 28 к настоящему Тарифному соглашению.

3.3. Размер и структура тарифов в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской

помощи, установленных Территориальной программой ОМС, составляет 1 330,00 рубля.

3.3.2. Перечень КСГ, коэффициенты относительной затратоемкости и поправочные коэффициенты.

Перечень клинико-статистических групп и установленные коэффициенты относительной затратоемкости, для определения стоимости КСГ по медицинской помощи в условиях дневного стационара, установлены Приложением № 29 к настоящему Тарифному соглашению.

Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи установлены Приложением № 29 к настоящему Тарифному соглашению.

3.3.3. Размер средней стоимости КСГ.

Базовая ставка на оплату медицинской помощи в условиях дневных стационаров по законченному случаю лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ), составляет:

- без учета коэффициента дифференциации - 13 285,02 рубля;
- с учетом коэффициента дифференциации - 13 338,18 рубля.

Размер коэффициента приведения при оплате специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара составляет - 0,60.

3.4. Размер и структура тарифов в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации.

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения.

Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской

помощи, установленных Территориальной программой ОМС, составляет - 778,40 рубля.

3.4.2. Размер подушевого норматива финансирования СМП.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи составляет 57,44 рубля в месяц или 689,28 рубля в год.

Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования составляет - 0,0738.

3.4.3. Тарифы на оплату единицы объема скорой медицинской помощи.

Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи в рамках подушевого финансирования установлены Приложением № 30 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи вне подушевого финансирования установлены Приложением № 31 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.4. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования СМП.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива используются для расчета финансового норматива на одно застрахованное лицо в месяц, предусматривающего различия в затратах на оказание скорой медицинской помощи по отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола и возраста.

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц в Нижегородской области распределяется на следующие половозрастные группы:

ноль – один год мужчины/женщины;

один год - четыре года мужчины/женщины;

пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;

восемнадцать - шестьдесят четыре года мужчины/женщины;

шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

На основании данных о затратах на оплату скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, и о численности застрахованных лиц за данный период рассчитываются половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для каждой половозрастной группы застрахованных лиц.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи установлены Приложением № 32 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.5. Коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи и дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи.

Коэффициент специфики и дифференцированные подушевые нормативы, учитывающие особенности расселения и плотность населения, и половозрастной состав населения, имеющего регистрацию на территории, закрепленной за МО - Фондодержателем, установлены Приложением № 33 к настоящему 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.

Обязательства медицинских организаций, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, согласно Приложению № 34 к настоящему Тарифному соглашению.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение заключается на один финансовый год и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение финансового года с 01.01.2021 года по 31.12.2021 года.

5.2. В тарифное соглашение вносятся изменения:

а) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, в части включения (исключения) медицинских организаций;

б) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;

в) при внесении изменений в настоящие Требования, приводящие к изменению структуры и содержания тарифного соглашения;

г) при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

д) при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации решений, приводящих к необходимости внесения изменений в Тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

5.3. Внесение изменений в Тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к Тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

5.4. Настоящее Тарифное соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр хранится в министерстве, второй – в ТФОМС Нижегородской области. Для других Сторон Тарифного соглашения предоставляются копии настоящего Тарифного соглашения, заверенные ТФОМС Нижегородской области.

5.5. Настоящее Тарифное соглашение подлежит хранению в соответствии с правилами организации государственного архивного фонда.

Юридические адреса Сторон:

Министерство здравоохранения Нижегородской области:

603022, г. Нижний Новгород, ул. Малая Ямская, д. 78

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Нижегородской области:

603006, г. Нижний Новгород, пл. Свободы, д. 6

Нижегородский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»:

603000, г. Нижний Новгород, ул. Славянская, д. 8

Филиал ООО «Капитал МС» в Нижегородской области:

603000, г. Нижний Новгород, ул. Белинского, д. 32

Нижегородский филиал ООО «СМК РЕСО-Мед»:

603606, г. Нижний Новгород, ул. Ошарская, д. 18/1

Нижегородская региональная общественная организация

«Врачебная палата Нижегородской области»:

603057, г. Нижний Новгород, ул. Бекетова, д. 13а, оф. 118 а

Нижегородская региональная общественная организация

«Главный врач»:

603000, г. Нижний Новгород, ул. Вокзальная, д. 20/2

Нижегородская областная организация профсоюза

работников здравоохранения Российской Федерации:

603057, г. Нижний Новгород, пр. Гагарина, д. 29, оф. 414

Подписи Сторон:

от министерства здравоохранения Нижегородской области:

Заместитель Губернатора
Нижегородской области, министр
здравоохранения Нижегородской
области

Д.В.Мелик-Гусейнов

Первый заместитель министра
здравоохранения Нижегородской
области

Г.В.Михайлова

Начальник отдела организации
медицинской помощи взрослому
населению

Т.В.Егорова

от Территориального фонда обязательного медицинского страхования
Нижегородской области:

Директор

С.И.Ермолова

Начальник финансово-
экономического управления

О.В.Шумаева

Начальник отдела организации
обязательного медицинского
страхования

А.Н.Мальханова

от страховых медицинских организаций:

Директор Нижегородского филиала
АО «Страховая компания
«СОГАЗ-Мед»

В.А.Емелина

Директор филиала
ООО «Капитал МС»
в Нижегородской области

Т.В.Платонова

«РЕСО-МЕД»
«Страхование жизни»
«Инвестиции»
«Активы»
«Пассивы»
«Баланс»
«Счет»
«Детали»
«Свод»
«Итого»
«Профессионалы»

С. С. Кузнецов

ской
ной
лата
сти»

О.В.Железин

О ПЕТЕРБУРГСКОМ РЕГИОНАЛЬНОМ
«Главный»
80292
ГОСУДАРСТВЕННОМ ОРГАНИЗМЕ

ассоциация
жегородских
частных
медицинских
центров

А.В. Душкин

Председатель



Председатель
Нижегородская
областная
организация
«СН ЧОП»
Председателя

100



П.В.Ястребов