

# **ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

г. Саратов

«15» января 2021 года

## **1. Общие положения**

Настоящее Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию в Саратовской области (далее – тарифное соглашение) разработано в целях реализации на территории Саратовской области Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ), постановления Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 года № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» (далее – Программа), постановления Правительства Саратовской области от 30 декабря 2020 года № 1073-П «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Саратовской области на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» (далее – Территориальная программа), Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28 февраля 2019 года № 108н (далее – Правила обязательного медицинского страхования), действующих федеральных и областных правовых актов об оплате медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования (далее также – ОМС).

Тарифное соглашение заключено между министерством здравоохранения Саратовской области в лице министра здравоохранения Костина О.Н., Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Саратовской области в лице первого заместителя директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Саратовской области (далее – Территориальный фонд) Потаповой О.В. (по доверенности), АО «МАКС-М» (Акционерное общество «Медицинская акционерная страховая компания») в лице директора Филиала АО «МАКС-М» в г. Саратове Кирюхиной Т.В. (по доверенности), ООО «Капитал МС» (Общество с ограниченной ответственностью «Капитал Медицинское Страхование») в лице заместителя директора филиала ООО «Капитал МС» в Саратовской области Соколовой В.Л. (по доверенности), Ассоциацией «Медицинская Палата Саратовской области» в лице президента Ассоциации «Медицинская Палата Саратовской области» Агапова В.В., Саратовской областной организацией профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Саратовской областной организации профессионального союза работников здравоохранения

Российской Федерации Прохорова С.А., именуемые в дальнейшем Стороны.

Предметом тарифного соглашения являются тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Саратовской области, способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Саратовской области, размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Основные понятия и термины:

**медицинская помощь** — комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

**случай оказания медицинской помощи** — медицинская услуга или совокупность медицинских услуг, оказанных лицам, застрахованным по ОМС, в связи с наступлением страхового случая в пределах одного вида условий оказания медицинской помощи (амбулаторно, стационарно, в условиях дневного стационара, вне медицинской организации);

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

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

**оплата медицинской помощи по КСГ** — оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовой ставки), коэффициента затратоемкости и поправочных коэффициентов;

**коэффициент относительной затратоемкости** — коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний к средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовой ставке), устанавливаемый в соответствии с приложением № 3 к Программе;

**коэффициент дифференциации** — устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы;

**поправочные коэффициенты** — устанавливаемые тарифным соглашением: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациента;

**коэффициент специфики** — устанавливаемый тарифным соглашением по условиям оказания медицинской помощи:

- **в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара** — коэффициент, отражающий особенности структуры госпитализаций, а также региональные особенности оказания



медицинской помощи по конкретной КСГ, являющийся единым для всех уровней (подуровней) медицинских организаций, применяемый к КСГ в целом, в том числе с целью стимулирования медицинских организаций, а также медицинских работников к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий;

**- в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях** – коэффициент, отражающий дифференциацию стоимости оказания медицинской помощи исходя из следующих объективных критериев – половозрастной состав и плотность населения, транспортная доступность, уровень и структура заболеваемости обслуживаемого населения, климатические и географические особенности регионов, достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, районные коэффициенты к заработной плате и процентные надбавки к заработной плате за стаж работы в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР или коэффициента ценовой дифференциации бюджетных услуг (в случае их установления на территории субъекта Российской Федерации);

**- в части финансового обеспечения структурных подразделений медицинской организации (фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов)** – коэффициент, отражающий критерий соответствия структурных подразделений медицинской организации требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (для типов фельдшерских (фельдшерско-акушерских) пунктов, для которых размер финансового обеспечения определен Программой, устанавливается значение коэффициента равное 1,0);

**- в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации** – коэффициент, отражающий дифференциацию стоимости оказания медицинской помощи исходя из следующих объективных критериев – половозрастной состав и плотность населения, средний радиус территории обслуживания, климатические и географические особенности регионов, достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, районные коэффициенты к заработной плате и процентные надбавки к заработной плате за стаж работы в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР или коэффициента ценовой дифференциации бюджетных услуг (в случае их установления на территории субъекта Российской Федерации);

**коэффициент приведения** – коэффициент:

**- в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях**



**и в условиях дневного стационара** – исключая влияние применяемых к значению норматива финансовых затрат на случай госпитализации в стационарных условиях (случай лечения в условиях дневного стационара), установленного территориальной программой ОМС, коэффициентов относительной затратоемкости, специфики, сложности лечения пациента к средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовой ставке);

**- в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, а также скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации:** – исключая влияние применяемых к среднему подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях (среднему подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи) коэффициента специфики, коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, коэффициента уровня оказания медицинской помощи, учитывающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), коэффициента дифференциации;

**коэффициент уровня медицинской организации** – устанавливаемый тарифным соглашением коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

**коэффициент подуровня медицинской организации** – устанавливаемый тарифным соглашением коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню, обусловленный объективными причинами;

**коэффициент сложности лечения пациента** – устанавливаемый тарифным соглашением коэффициент, учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи, применяемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента;

**медицинская услуга** – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

**оплата медицинской помощи за услугу** – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации (лечения) при оплате услуг диализа;

**номенклатура медицинских услуг** – перечень медицинских услуг, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

**прикрепленное население** – застрахованные по ОМС лица, получающие первичную медико-санитарную помощь и проживающие (пребывающие) на территории, находящейся в зоне обслуживания медицинской организации, или



включенные по желанию пациента в поимённые списки, сформированные на основании приказов Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 года № 406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», от 15 мая 2012 года № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 года № 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи», от 7 марта 2018 года № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям»;

**коэффициент уровня оказания медицинской помощи, включающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации)** – применяемый к подушевому нормативу финансирования медицинских организаций коэффициент, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации);

**коэффициент дифференциации к подушевому нормативу финансирования медицинских организаций с учетом наличия у них подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек** – коэффициент, отражающий более высокий уровень расходов медицинских организаций на содержание и оплату труда персонала исходя из расположения и отдаленности соответствующих структурных подразделений (перечень отдаленных территорий определен в соответствии с постановлением Правительства Саратовской области от 6 февраля 2019 года № 81-П «Об утверждении Комплексной программы развития отдаленных районов Саратовской области на 2019-2021 годы»).

## **2. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Саратовской области**

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи и ее финансового обеспечения, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Саратовской области (далее – Комиссия).

Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС, включают в себя объемы предоставления



медицинской помощи жителям Саратовской области за ее пределами.

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере ОМС, осуществляется в соответствии со следующими способами оплаты медицинской помощи:

### **1. В стационарных условиях и условиях дневного стационара:**

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний, или в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащий, в том числе методы лечения), включенных в базовую программу ОМС;

- за медицинскую услугу (применяется при оплате услуг диализа);

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

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, представлен в приложении 1.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, представлен в приложении 2.

### **2. 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

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

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



лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)).

- за посещение/обращение с учетом количества условных единиц трудоемкости (далее – УЕТ) – в части стоматологической медицинской помощи;

- по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации (фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов).

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования, представлен в приложении 3.

Перечень медицинских организаций и их структурных подразделений, соответствующих условиям применения к подушевому нормативу финансирования коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала с указанием сведений о численности обслуживаемого населения, а также значений коэффициента представлен в приложении 3.1.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай)) представлен в приложении 3.2.

Перечень медицинских организаций, на базе которых проводится профилактический медицинский осмотр, включая диспансеризацию определенных групп взрослого населения, представлен в приложении 3.3.

Перечень медицинских организаций, на базе которых проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних и диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную (патронатную) семью, представлен в приложении 3.4.

Перечень медицинских организаций, на базе которых проводится диспансеризация, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, представлен в приложении 3.5.

**3. Скорая медицинская помощь, оказанная вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) – по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.**

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, представлен в приложении 4.

**4. В медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также**

**медицинскую реабилитацию** – по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к таким медицинским организациям лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанными медицинскими организациями медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинских организаций, включая показатели объема медицинской помощи (далее – оплата по всем видам и условиям оказания медицинской помощи).

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, в которых оплата медицинской помощи производится по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к таким медицинским организациям лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинских организаций, включая показатели объема медицинской помощи, представлен в приложении 5.

Медицинская помощь, оказанная в стационарных условиях и условиях дневных стационаров, предъявляется к оплате в случае завершения лечения (при наступлении выздоровления, ремиссии, улучшения), а также в случае перевода в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, за единицу объема производится:

- за посещение в связи с профилактической и иными целями, в связи с оказанием неотложной помощи (включая оплату первичной медико-санитарной помощи, оказанной медицинскими работниками со средним медицинским образованием, ведущими самостоятельный прием);
- за обращение в связи с заболеванием;
- за медицинскую услугу (в т.ч. гемодиализ, перитонеальный диализ).

Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения в амбулаторных условиях с кратностью не менее 2 посещений по поводу одного заболевания.

Оплата амбулаторной медицинской помощи по поводу заболевания, при котором длительность лечения превышает один отчетный период, производится за одно обращение в каждом отчетном периоде.

Для оплаты стоматологической медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, единицей объема следует считать посещение с профилактической и иными целями, стоимость которого корректируется с учетом количества УЕТ, а также обращение по поводу заболевания.

При определении количества УЕТ, по которым осуществляется оплата, учитывается средняя кратность условных единиц трудоемкости в одном посещении, которая составляет 4,2 УЕТ, в одном посещении с профилактической целью – 4,0 УЕТ, в одном обращении в связи с заболеванием (законченном случае) – 9,4 УЕТ.



За одну УЕТ принимаются 10 минут. При этом для учета случаев лечения обязательно используется следующее правило: один визит пациента является одним посещением.

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для учета объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, представлено в приложении 6.

Неотложная медицинская помощь может оказываться в качестве:

- первичной доврачебной медико-санитарной помощи фельдшерами;
- первичной врачебной медико-санитарной помощи врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-терапевтами цехового врачебного участка, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами
- первичной специализированной медико-санитарной помощи врачами-специалистами.

Тарифы на оплату неотложной медицинской помощи устанавливаются едиными для всех медицинских организаций.

Профилактические медицинские осмотры, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляются в рамках первичной медико-санитарной помощи в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации может осуществляться, в том числе в выходные дни и с использованием мобильных медицинских бригад.

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в размер подушевого норматива финансирования и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерством здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2019 года № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10 августа 2017 года № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15 февраля 2013 года № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11 апреля 2013 года № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью», и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

Оплата диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном

периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений), включается в подушевой норматив финансирования. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение.

В медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи, оказанной в центрах здоровья, осуществляется за посещение:

- впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования;

- обратившихся граждан для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья, а также граждан, направленных медицинской организацией по месту прикрепления, медицинскими работниками образовательных организаций.

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по медицинской реабилитации, осуществляется за обращение (законченный случай).

Обращение по профилю медицинская реабилитация включает в себя консультации врачей-специалистов, проведение физиотерапевтических процедур, лабораторных, диагностических исследований, лечебной физкультуры и массажа.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа методами гемодиализа и перитонеального диализа, оплата осуществляется:

- в амбулаторных условиях – за услугу диализа;
- в условиях дневного стационара – за услугу диализа, при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание;
- в условиях круглосуточного стационара – за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации; за услугу диализа только в сочетании со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

При этом в период лечения как в круглосуточном, так и в дневном стационаре пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС).

Проезд пациентов до места оказания данных медицинских услуг не включен в тариф на оплату медицинской помощи по ОМС.

Оплата 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)) осуществляется за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую услугу).

Оплата лечения с применением вспомогательных репродуктивных



технологий (экстракорпоральное оплодотворение) в условиях дневного стационара, включая возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов, производится с учетом выполненных этапов по КСГ ds 02.008-ds 02.011.

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

Оптимальная длительность случая в условиях дневного стационара при проведении криопереноса составляет 1 день.

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), производится в рамках финансирования станций и отделений (структурных подразделений медицинских организаций) скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи. Оплата за вызов скорой медицинской помощи осуществляется в случае проведения тромболизиса выездной бригадой скорой медицинской помощи и при межтерриториальных расчетах.

При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи осуществляется за счет средств, предусмотренных на организацию указанных мероприятий.

В медицинских организациях, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой такими медицинскими организациями медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи) (далее – подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания), скорая медицинская помощь, 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – оплачиваются за единицу объема медицинской помощи: вызов, медицинскую услугу.

Оплата медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания не включает размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Территориальной программой размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

Расходы на оказание медицинских услуг в параклинических подразделениях (физиотерапевтических, рентгенологических, флюорографических, эндоскопических кабинетах, кабинетах ЛФК и массажа, лабораторной и функциональной диагностики), отделениях реанимации и интенсивной терапии, оперблоках и других общебольничных подразделениях отдельно не выделяются.

Медицинская помощь, оказанная врачами-рентгенологами (в т.ч. кабинетов флюорографии), эндоскопистами, физиотерапевтами, ЛФК, функциональная и



лабораторная диагностика самостоятельно не тарифицируется.

### 3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются в зависимости от условий оказания медицинской помощи:

вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Тарифы на оплату медицинской помощи в стационарных условиях (в условиях дневного стационара) определяются исходя из значений норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях (на 1 случай лечения в дневном стационаре), коэффициента приведения, коэффициентов относительной затратоемкости по КСГ, коэффициентов уровня медицинской организации, коэффициентов специфики, в отдельных случаях – коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП), за исключением случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями.

Стоимость одного случая госпитализации в стационарных условиях (случай лечения в условиях дневного стационара) по КСГ (за исключением случаев госпитализации (лечения) взрослых с применением лекарственной терапии злокачественных новообразований) ( $СС_{КСГ}$ ) определяется следующим образом:

$$СС_{КСГ} = НФЗ \times КП \times КЗ_{КСГ} \times ПК, \text{ где}$$

НФЗ	норматив финансовых затрат на случай госпитализации в стационарных условиях (случай лечения в условиях дневного стационара), рублей;
КП	коэффициент приведения;
$КЗ_{КСГ}$	коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (случай лечения);
ПК	поправочный коэффициент оплаты КСГ (интегрированный коэффициент, определяемый на региональном уровне).



$$ПК = КС_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КСЛП, \text{ где}$$

$КС_{КСГ}$	коэффициент специфики;
$КУС_{МО}$	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
$КСЛП$	коэффициент сложности лечения пациента.

Норматив финансовый затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях составляет 36 929,3 рублей (с учетом коэффициента дифференциации для Саратовской области в размере 1,001), коэффициент приведения в стационарных условиях составляет 0,653568.

Норматив финансовый затрат на 1 случай лечения в условиях дневного стационара составляет 22 163,8 рублей (с учетом коэффициента дифференциации для Саратовской области в размере 1,001), коэффициент приведения в условиях дневного стационара составляет 0,603827.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовой ставки), составляет: в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях – 24 135,8 рублей (с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001), в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара – 13 383,10 рублей (с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001).

Размер базового норматива финансовых затрат на случай экстракорпорального оплодотворения составляет 124 728,5 рублей (с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001).

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов (классификационных критериев):

- диагноз (код по МКБ 10);
- хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с номенклатурой медицинских услуг), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);
- схема лекарственной терапии;
- международное непатентованное наименование (МНН) лекарственного препарата;
- возрастная категория пациента;
- сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ 10);
- оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящегося на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной



маршрутизации;

- длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);
- количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- пол;
- длительность лечения;
- этап проведения экстракорпорального оплодотворения;
- показания к применению лекарственного препарата;
- объем послеоперационных грыж брюшной стенки;
- степень тяжести заболевания.

Значения коэффициентов относительной затратоемкости КСГ представлены в приложении 7 в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, а также в приложении 8 в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

Коэффициент специфики применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней (подуровней) медицинских организаций (за исключением медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административных территориальных образований).

Для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административных территориальных образований, коэффициент специфики, установленный в размере менее 1,2 (в том числе в размере 1,0; в том числе к подгруппам в составе КСГ) принимается равным 1,2.

К КСГ, включенным в КПП st19 «Онкология» и st08 «Детская онкология», коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1,0).

Перечень КСГ, к которым не применяются понижающие коэффициенты специфики:

№ КСГ	Наименование КСГ
1	2
st13.002	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
st13.005	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
st13.007	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
st15.015	Инфаркт мозга (уровень 2)
st15.016	Инфаркт мозга (уровень 3)
st17.001	Малая масса тела при рождении, недоношенность
st17.002	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость
st17.003	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций

Перечень КСГ, к которым не применяются повышающие коэффициенты специфики:

№ КСГ	Наименование КСГ
1	2
st04.001	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки



№ КСГ	Наименование КСГ
1	2
st06.003	Легкие дерматозы
st12.001	Кишечные инфекции, взрослые
st16.003	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии
st27.001	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
st27.003	Болезни желчного пузыря
st27.005	Гипертоническая болезнь в стадии обострения
st27.006	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)
st27.010	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
st30.004	Болезни предстательной железы
st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
st31.012	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
st31.018	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы

Значение коэффициента специфики представлены: в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях – в приложении 7, в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара – в приложении 8.

Уровни оказания медицинской помощи (первый, второй, третий) устанавливаются в соответствии с приказом министерства здравоохранения Саратовской области от 4 марта 2014 года № 176 «Об утверждении трехуровневой системы оказания медицинской помощи в Саратовской области».

Значения коэффициента подуровня медицинской организации в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, представлены в приложении 1.

Значения коэффициента подуровня медицинской организации в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, представлены в приложении 2.

Средние значения коэффициента уровня оказания медицинской помощи составляют

- в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях:
  - 1) для медицинских организаций 1-го уровня – 0,9;
  - 2) для медицинских организаций 2-го уровня – 1,05;
  - 3) для медицинских организаций 3-го уровня – 1,25;
- в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара:
  - 1) для медицинских организаций 1-го уровня – 0,9;
  - 2) для медицинских организаций 2-го уровня – 1,05.

Для структурных подразделений медицинских организаций 2-го уровня, оказывающих медицинскую помощь по профилям «Детская онкология» и «Онкология» устанавливается коэффициент подуровня оказания медицинской помощи в размере не менее 1,0.

КСЛП применяется при оплате случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации. При этом критерием отнесения случая к сверхдлительному



является госпитализация на срок свыше 70 дней, обусловленная медицинскими показаниями.

Правила отнесения случаев к сверхдлительным не распространяются на КСГ, объединяющие случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (st 19.075-st 19.089, ds 19.050-ds 19.062) – указанные случаи не могут считаться сверхдлительными, КСЛП не применяется.

Перечень иных оснований (за исключением сверхдлительной госпитализации) для применения КСЛП:

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
1	2	3
1	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет) (в том числе, включая консультацию врача-гериатра), за исключением случаев госпитализации на геронтологические койки	1,1
2	Предоставление спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний)	1,2
3	Проведение первой иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации	1,2
4	Развертывание индивидуального поста	1,2
5	Проведение сочетанных хирургических вмешательств	1,3
6	Проведение однотипных операций на парных органах	1,3
7	Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами	1,5
8	Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента: (B20-B24; B37.2; B46.0-B46.9; C00-C34.9; C37; C38.2; C40-C41.9; C43-C45.9; C47-C49.9; C48.0; C49-C49.9; C51-C58; C60-C62.9; C64-C68.9; C69.2; C70-C75.9; C76.0-C76.3; C76.7; C76.8; C81.1-C81.3; C81.7; C81.9; C82.0-C82.2; C82.7; C82.9; C83.0-C83.9; C84.0-C84.5; C85.1; C85.7; C85.9; C86.0-C86.6; C88.0; C88.2; C88.3; C88.4; C88.7; C88.9; C90.0-C90.2; C91.0; C91.1; C91.3; C91.4; C91.7; C91.9; C92.0-C92.9; C93.0; C93.1; C93.3; C93.7; C93.9; C94.0; C94.2; C94.3; C94.4; C94.7; C95.0; C95.1; C95.7; C95.9; C96.0; C96.2; C96.7; C96.9; D12.6; D18; D44.8; D45; D46.0; D46.1; D46.2; D46.4; D46.5; D46.6; D46.7; D46.9; D47.1; D47.3; D48.7; D51.1; D55.0; D55.1; D55.2; D55.3; D55.8; D55.9; D56.0; D56.1; D56.2; D56.4; D56.8; D56.9; D57.0; D57.1; D57.2; D57.3; D57.8; D58.0; D58.1; D58.2; D58.8; D58.9; D59.0; D59.1; D59.2; D59.3; D59.4; D59.5; D59.6; D59.8; D59.9; D60.0; D60.1; D60.8; D60.9; D61.0; D61.1; D61.2; D61.3; D61.8; D61.9; D64.0; D64.1; D64.2; D64.3; D64.4; D64.8; D64.9; D66; D67; D68.0; D68.1; D68.2; D68.8; D69.0; D69.1; D69.2; D69.3; D69.4; D69.5; D69.6; D69.8; D69.9; D70; D72.0; D72.1; D72.8; D72.9; D74.0; D74.8; D74.9; D75.0; D75.1; D75.8; D75.9; D76.0; D76.1; D76.2; D76.3; D80.0; D80.1; D80.5; D80.8; D80.9; D81.0; D81.9; D82.0; D82.1; D82.2; D82.3; D82.4; D82.8; D82.9; D83.0; D83.1; D83.8; D83.9; D84.0; D84.1; D84.8; D84.9; D86.0; D86.1; D86.2; D86.3; D86.8; D86.9; D89.0; D89.1; D89.2; D89.8; D89.9; E10-E11.9; E16.1; E22.0; E22.1; E22.8; E23.0; E24.0; E25.0; E29.1; E30.1; E34.3; E34.5; E34.8; E70.0; E70.1; E70.2; E70.3; E71.0; E71.1; E71.3; E72.0; E72.1; E72.2; E72.3; E72.4; E72.5; E74.0; E74.1; E74.2; E74.3; E74.4; E75.0; E75.1; E75.2; E75.4; E75.5; E76.0; E76.1; E76.2; E77.0; E77.1; E78.2; E78.6; E78.8; E79.1; E79.8; E80.0; E80.1; E80.2; E80.5; E83.0; E83.1; E83.3; E83.4; E84; E85.0; E85.1; E85.2; E85.4; E85.8; E85.9; E88.0; E88.1; E88.8; F84.2; F95.2; G10; G11.1; G11.3; G12.0; G12.1; G12.2; G12.8; G20; G23.0; G23.8; G24.1; G31.8; G31.9; G35; G36.0; G40.4; G47.3; G47.1; G60.0; G60.1; G61.0; G61.8; G70.0; G70.2; G71.0; G71.2; G71.3; G93.4; G95.0; G98; H35.5; H47.2; I27.0; I27.8; I42.1; I42.2; I45.8; I47.2; I48; I49.5; J84.1; J93.1; K50; K51; K90.8; K90.9; K91.1; K91.2; K91.8; L13.0; L81.6; M08.2; M30.1; M31.1; M31.3; M31.4; M35.2; M61.1; M86.6; N04; N46; Q13.1; Q20.9; Q43.1; Q61; Q74.0; Q77.4; Q77.5; Q77.8; Q78.0; Q78.6; Q79.6; Q80; Q81; Q82.4; Q82.8; Q85.0; Q85.1; Q85; Q87.0; Q87.1; Q87.2; Q87.3; Q87.4; Q87.8; Q89.8; Q93.4; Q93.5; Q99; T88.3; Z20.6; Z94.0; Z94.1; Z94.4; Z94.8)	1,5
9	Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями	1,5

Перечень сочетанных (симультаных) хирургических вмешательств, выполняемых во время одной госпитализации, являющихся основанием для применения коэффициента сложности лечения пациента, представлен в таблице 1



приложения 9.

Перечень однотипных операций на парных органах, являющихся основанием для применения коэффициента сложности лечения пациента, представлен в таблице 2 приложения 9.

Расчет суммарного значения КСЛП ( $КСЛП_{\text{сумм}}$ ) при наличии нескольких критериев выполняется по формуле:

$$КСЛП_{\text{сумм}} = КСЛП_1 + (КСЛП_2 - 1) + \dots + (КСЛП_n - 1)$$

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8.

Стоимость одного случая госпитализации в стационарных условиях (случая лечения в условиях дневного стационара) для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями (далее – ЗНО) определяется по следующей формуле:

$$СС_{\text{КСГ/КПГ}} = НФЗ \times КП \times КЗ_{\text{КСГ}} \times ((1 - Д_{\text{ЗП}}) + Д_{\text{ЗП}} \times ПК), \text{ где:}$$

- |                   |  |
|-------------------|--|
| НФЗ               | – норматив финансовых затрат на случай госпитализации в стационарных условиях (случай лечения в условиях дневного стационара), рублей; |
| КП                | – коэффициент приведения;  |
| КЗ <sub>КСГ</sub> | – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (случай лечения);                    |
| ПК                | – поправочный коэффициент оплаты КСГ;  |
| Д <sub>ЗП</sub>   | – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ.   |

Доли заработной платы и прочих расходов в составе КСГ представлены в приложении 7 в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, и в приложении 8 в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

#### **Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.**

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, при проведении диагностических исследований, а также случаи с длительностью госпитализации менее 3 койко-дней (3 пациенто-дней) включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее (3 пациенто-дня и менее) является

оптимальным сроком лечения.

Перечень КСГ, по которым оплата законченных случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, представлен в таблице 1 приложения 10.

Перечень КСГ, по которым оплата законченных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара осуществляется в полном объеме при длительности лечения 3 пациенто-дня и менее, представлен в таблице 2 приложения 10.

В случае если фактическое количество дней введения в рамках случая проведения лекарственной терапии при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше соответствует количеству дней введения, предусмотренному в перечне схем лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей) при количестве дней введения в тарифе 3 дня и менее, приведенном в таблице 5 приложения 10, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня (3 пациенто-дня) и менее – 90% от стоимости соответствующей КСГ;
- при длительности лечения более 3 дней (3 пациенто-дней) – 100% от стоимости соответствующей КСГ.

Перечень КСГ, по которым предполагается хирургическое вмешательство или тромболитическая терапия, представлен в таблице 3 приложения 10 в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, и в таблице 4 приложения 10 в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

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

- при длительности лечения 3 дня (3 пациенто-дня) и менее – 20% от стоимости соответствующей КСГ;
- при длительности лечения более 3 дней (3 пациенто-дней):
- 75% от стоимости соответствующей КСГ;
- 50% от стоимости соответствующей КСГ при оплате в условиях дневного стационара при проведении лекарственной терапии у пациентов, получающих диализ.

Оплата прерванных случаев лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в перечне схем лекарственной терапии, применяемом для оплаты медицинской помощи при противоопухолевой лекарственной терапии



злокачественных новообразований (кроме злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей), приведенном в таблице 6 приложения 10, осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

За законченный случай принимается случай госпитализации (лечения) для осуществления введения одному больному лекарственных препаратов длительностью, указанной в столбце «Количество дней введения в тарифе» таблицы 6 приложения 10.

Оплата прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев настоящим тарифным соглашением.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара в случае отнесения заболеваний к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Оплата по двум КСГ: st 02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st 02.003 «Родоразрешение», а также st 02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st 02.004 «Кесарево сечение» возможна при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

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

Код МКБ 10	Наименование
1	2
О 14.1	Тяжелая преэклампсия
О 34.2	Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери.
О 36.3	Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери.
О 36.4	Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери.
О 42.2	Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

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

- проведение медицинской реабилитации пациенту после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;
- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;
- проведение реинфузии аутокрови, или балонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания.

При этом если один из двух случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными настоящим тарифным соглашением правилами.

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

Оплата медицинской помощи по КСГ, сформированной по коду услуги, без учета анализа КСГ, определённой по коду терапевтического диагноза, производится в случаях:

- наличия кодов номенклатуры медицинских услуг и дополнительных классификационных критериев rb2-rb6, rbs, rb2cov-rb5cov, определяющих КСГ st 37.001-st 37.013, st 37.021-st 37.023 – в стационарных условиях и ds 37.001-ds 37.008, ds 37.015-ds 37.016 – в условиях дневного стационара;
- определения для медицинской помощи следующих пар КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги:

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КГС			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
№	Наименование КСГ, сформированной по услуге	КЗ	№	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	КЗ
1	2	3	4	5	6
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	st02.008	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)	0,58	st02.008	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	st02.009	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов	0,46
st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	0,84	st04.002	Воспалительные заболевания кишечника	2,01



Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КГС			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
№	Наименование КСГ, сформированной по услуге	КЗ	№	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	КЗ
1	2	3	4	5	6
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	1,74	st04.002	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,49	st21.007	Болезни глаза	0,51
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	st34.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	0,89
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	st26.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	0,79

Оплата медицинской помощи по КСГ st 29.007 осуществляется в случае наличия двух кодов МКБ 10, относящихся к двум и более анатомическим областям (Т1-Т6), или одного кода МКБ 10, относящегося к Т7, в сочетании с одним из нижеследующих диагнозов: J 94.2, J 94.8, J 94.9, J 93, J93.0, J 93.1, J 93.8, J 93.9, J 96.0, N 17, T 79.4, R 57.1, R 57.8 и иного классификационного критерия plt.

Код анатомии. области	Анатомическая область	Коды МКБ 10
1	2	3
T1	Голова/шея	S02.0-S02.11, S04.0, S05.7, S06.1-S06.71, S07.0-S07.8, S09.0, S11.0-S11.7, S15.0-S15.9, S17.0, S17.8, S18
T2	Позвоночник	S12.0, S12.9, S13.0, S13.1, S13.3, S14.0, S14.3, S22.0, S23.0, S23.1, S24.0, S32.0-S32.11, S33.0-S33.2, S33.4, S34.0, S34.3, S34.4
T3	Грудная клетка	S22.2-S22.21, S22.4-S22.51, S25.0-S25.9, S26.0-S26.01, S27.0-S27.21, S27.4-S27.61, S27.8-S27.81, S28.0, S28.1
T4	Живот	S35.0-S35.9, S36.0-S36.51, S36.8-S36.91, S37.0-S37.01, S38.3
T5	Таз	S32.3-S36.61, S37.1-S37.21, S37.4-S37.61, S37.8-S37.81, S38.0, S38.2
T6	Конечности	S42.2-S42.41, S42.8-S42.81, S45.0 - S45.2, S45.7, S45.8, S47, S48.0, S48.1, S48.9, S52.7-S52.71, S55.0, S55.1, S55.7, S55.8, S57.0-S57.9, S58.0-S58.9, S68.4, S71.7, S72.0-S72.71, S75.0-S75.8, S77.0-S77.2, S78.0-S78.9, S79.7, S82.1-S82.31, S82.7-S82.71, S85.0, S85.1, S85.5, S85.7, S87.0, S87.8, S88.0-S88.9, S95.7-S95.9, S97.0, S97.8, S98.0
T7	Множественная травма	S02.7-S02.71, S12.7-S12.71, S22.1-S22.11, S27.7, S29.7, S31.7, S32.7-S32.71, S36.7-S36.71, S37.7-S37.71; S38.1, S39.6, S39.7, S42.7-S42.71, S49.7, T01.1, T01.8, T01.9, T02.0-T02.91, T04.0-T04.9, T05.0-T05.9, T06.0-T06.8, T07

Оплата медицинской помощи при проведении услуг диализа в условиях дневного стационара при сочетании с КСГ ds 18.002 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ» осуществляется за каждую услугу диализа и КСГ. За единицу объема медицинской помощи по КСГ принимается длительность лечения в течение 28 дней, включающего количество услуг диализа не менее 12.

Оплата случаев лекарственной терапии при хроническом вирусном гепатите С в дневном стационаре осуществляется в соответствии с режимом лекарственной терапии с применением пегилированных интерферонов или препаратов прямого противовирусного действия. За единицу объема медицинской помощи по КСГ принимается длительность лечения в течение 28 дней.

Оплата случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей осуществляется по КСГ st 19.090-st 19.102 и ds 19.063-ds 19.078. Отнесение случаев к указанным КСГ осуществляется по сочетанию кода МКБ 10 (коды С 81-С 96, D 45-D 47.9), кода длительности госпитализации, а также, при наличии, кода МНН или АТХ группы применяемых лекарственных препаратов.

Длительность госпитализации распределена на 4 интервала: код «1» – пребывание до 3 дней включительно, код «2» – от 4 до 10 дней включительно, код «3» – от 11 до 20 дней включительно, код «4» – от 21 до 30 дней включительно.

Учитывая, что при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей в ряде случаев длительность госпитализации может значительно превышать 30 дней, предполагается ежемесячная подача счетов на оплату, начиная с 30 дня с даты госпитализации (случая лечения). Для каждого случая, предъявляемого к оплате, отнесение к КСГ осуществляется на основании критериев за период, для которого формируется счет.

Не допускается сочетание в рамках одного случая госпитализации и/или одного периода лечения оплаты по КСГ и по нормативу финансовых затрат на случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Оплата хирургической медицинской помощи, предусматривающей выполнение оперативных вмешательств в дневных стационарах, осуществляется в дневных стационарах медицинских организаций, имеющих в своем составе подразделение анестезиолого-реаниматологического профиля.

Перечень видов и нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет средств ОМС, формируются в соответствии с Разделом I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, согласно приложению № 1 к Программе, и приведены в приложении 11.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи (далее также – ВМП) осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ 10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным разделом I приложения № 1 к Программе, перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи. Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленным приложением № 1 к Программе. Величина территориального



норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи скорректирована с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001 к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи:

1 группа – 19%; 2 группа – 26%; 3 группа – 33%; 4 группа – 38%; 5 группа – 21%; 6 группа – 30%; 7 группа – 7%; 8 группа – 49%; 9 группа – 32%; 10 группа – 47%; 11 группа – 27%; 12 группа – 24%; 13 группа – 19%; 14 группа – 17%; 15 группа – 16%; 16 группа – 36%; 17 группа – 28%; 18 группа – 21%; 19 группа – 29%; 20 группа – 31%; 21 группа – 54%; 22 группа – 35%; 23 группа – 36%; 24 группа – 34%; 25 группа – 33%; 26 группа – 25%; 27 группа – 19%; 28 группа – 43%; 29 группа – 34%; 30 группа – 33%; 31 группа – 37%; 32 группа – 22%; 33 группа – 33%; 34 группа – 21%; 35 группа – 34%; 36 группа – 55%; 37 группа – 48%; 38 группа – 42%; 39 группа – 53%; 40 группа – 45%; 41 группа – 33%; 42 группа – 47%; 43 группа – 17%; 44 группа – 14%; 45 группа – 36%; 46 группа – 51%; 47 группа – 17%; 48 группа – 15%; 49 группа – 24%; 50 группа – 32%; 51 группа – 29%; 52 группа – 43%; 53 группа – 8%; 54 группа – 28%; 55 группа – 31%; 56 группа – 31%; 57 группа – 16%; 58 группа – 31%.

В случае несоответствия оказанной медицинской помощи по ВМП параметрам определения высокотехнологичной медицинской помощи оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

При направлении в медицинскую организацию с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ 10 либо по коду номенклатуры медицинских услуг, являющемуся классификационным критерием.

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

Средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Саратовской области, в расчете на одно застрахованное лицо (далее – средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях,  $ФО_{СР}^{АМБ}$ ) определяется на основе установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования средних нормативов объема медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи следующим образом:

$$\Phi O_{\text{CP}}^{\text{АМБ}} = \frac{(N o_{\text{ПРОФ}} \times N фз_{\text{ПРОФ}} + N o_{\text{ОЗ}} \times N фз_{\text{ОЗ}} + N o_{\text{НЕОТЛ}} \times N фз_{\text{НЕОТЛ}}) \times Чз - O C_{\text{МТР}}}{Чз}, \text{ где:}$$

- $N o_{\text{ПРОФ}}$  – средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в части базовой программы ОМС, посещений;
- $N o_{\text{ОЗ}}$  – средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, обращений;
- $N o_{\text{НЕОТЛ}}$  – средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, посещений;
- $N фз_{\text{ПРОФ}}$  – норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в части базовой программы ОМС, рублей;
- $N фз_{\text{ОЗ}}$  – норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, рублей;
- $N фз_{\text{НЕОТЛ}}$  – норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, рублей;
- $O C_{\text{МТР}}$  – размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, рублей;
- $Чз$  – численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек.

Размер среднего подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях составляет 4 594,7 рублей (с учетом коэффициента дифференциации в



размере 1,001), значение коэффициента приведения составляет 0,69095, размер базового подушевого норматива – 3 174,7 рублей (264,56 рублей в месяц).

При финансировании медицинской организации по подушевому нормативу размер финансового обеспечения ежемесячно определяется Территориальным фондом как произведение установленного для данной медицинской организации фактического дифференцированного подушевого норматива и численности застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинской организации.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, устанавливается исходя из значения среднего подушевого норматива финансирования, коэффициента приведения, коэффициента специфики (рассчитанного с учетом коэффициента дифференциации в разрезе половозрастных групп, представленного в приложении 12.1), коэффициента уровня оказания медицинской помощи, включающего объем средств на оплату профилактических осмотров (диспансеризации), коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала.

К подушевому нормативу финансирования медицинских организаций, имеющих в своем составе подразделения, расположенные в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями) применяется коэффициент дифференциации в следующем размере:

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

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

При этом допустимо установление дифференцированных значений коэффициентов для разных медицинских организаций или их подразделений в зависимости от комплектности участков, обслуживаемого радиуса и др.

В случае если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации ( $K_{\text{Дот}}$ ), объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

$$K_{\text{Дот}}^i = (1 - D_{\text{от}}) + K_{\text{Дот}} \times D_{\text{от}}, \text{ где}$$

- $KD_{01}^i$  – коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для  $i$ -той медицинской организаций (при наличии);
- $D_{01}$  – доля населения, обслуживаемая подразделениями, расположенными в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (значение от 0 до 1);
- $KD_{01}$  – коэффициент дифференциации, применяемый к подразделениям, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на их содержание и оплату труда персонала.

Значения коэффициента специфики, коэффициента уровня оказания медицинской помощи, включающего объем средств на оплату профилактических осмотров (диспансеризации), коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, дифференцированного подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в разрезе медицинских организаций представлены в приложении 12.

Численность лиц, прикрепившихся к медицинской организации, определяется на основании данных единого регистра прикрепленного населения Саратовской области на последний день отчетного месяца, за который осуществляется расчет. Данные вносятся медицинскими организациями посредством web-приложения «Ведение базы прикрепленного населения».

Счета на оплату медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу финансирования, ежемесячно формируются Территориальным фондом для каждой медицинской организации (структурного подразделения) в разрезе страховых медицинских организаций и направляются в медицинские организации.

Медицинские организации, финансируемые по подушевому нормативу финансирования, самостоятельно формируют счета на оплату отдельных видов диагностических исследований, а также медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Саратовской области.

Медицинские организации ежемесячно формируют и представляют в установленном порядке реестры счетов на оплату оказанной в амбулаторных условиях медицинской помощи в Территориальный фонд.

Размер тарифов на оплату медицинской помощи по врачебной



специальности «стоматология» и медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Саратовской области, соответствует тарифам, установленным для медицинских организаций, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, входящим в подуровень 1.3.

Для медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, финансирование которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи, размер тарифов на оплату медицинской помощи, в том числе оказанной лицам, застрахованным за пределами Саратовской области, соответствует тарифам, установленным для указанных медицинских организаций по соответствующему уровню (подуровню).

Размер базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях, финансируемой за единицу объема ее оказания составляет (с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001):

- на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров – 1 898,4 рублей;

- на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний – 2 182,3 рублей;

- на 1 посещение с иными целями – 314,1 рублей;

- на 1 посещение в неотложной форме – 681,4 рублей;

- на 1 обращение по поводу заболевания – 1 527,3 рублей;

- на 1 исследование:

- компьютерная томография – 3 770,7 рублей;

- магнитно-резонансная томография – 4 258,5 рублей;

- ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы – 682,3 рублей;

- эндоскопического диагностического исследования – 938,0 рублей;

- молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – 9 889,8 рублей;

- патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2 121,9 рублей;

- тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 584,6 рублей.

Для медицинских организаций, имеющих в структуре мобильные медицинские бригады, устанавливаются повышающие коэффициенты в размере 1,05 к тарифам на посещения, обращения, медицинские услуги при оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами или устанавливаются отдельные тарифы на медицинские услуги, оказанные мобильными медицинскими бригадами.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, приведены в приложении 13.

Оплата случаев неотложной медицинской помощи, в том числе при условии

создания в структуре медицинских организаций структурного подразделения для оказания неотложной медицинской помощи, а также в приемных отделениях стационаров при проведении комплекса диагностических исследований без последующей госпитализации производится по тарифам, приведенным в приложении 13.1.

Тариф на оплату обращения (законченный случай) по медицинской реабилитации приведен в приложении 13.2.

Тарифы на медицинские услуги в центрах здоровья приведены в приложении 13.3.

Объем комплексного обследования в центрах здоровья установлен приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 августа 2009 года № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращения потребления алкоголя и табака».

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках профилактических осмотров и диспансеризации установлены:

- на комплексное посещение для проведения первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, в т.ч. в выходные дни – приложением 13.4;

- на комплексное посещение для проведения первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения с применением мобильных медицинских бригад – приложением 13.5;

- на комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения, в т.ч. в выходные дни, и комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения с применением мобильных медицинских бригад – приложением 13.6;

- на комплексное посещение по профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних, в т.ч. в выходные дни – приложением 13.7;

- на комплексное посещение в рамках диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью, в т.ч. в выходные дни – приложением 13.8;

- на оплату медицинской помощи по проведению второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения – приложением 13.9.

Тарифы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований, проводимых в амбулаторных условиях, приведены в приложении 14.

Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях включается в подушевой норматив финансирования. В стационарных условиях и в условиях дневного стационара медицинская помощь с применением телемедицинских технологий включается в стоимость законченного случая лечения, рассчитанного на основе КСГ.



Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение (размер финансового обеспечения) структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов – при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, с учетом коэффициента дифференциации, составляет в среднем на 2021 год (с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001):

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей – 1 011,7 тыс. рублей,
- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей – 1 602,8 тыс. рублей,
- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей – 1 799,8 тыс. рублей.

Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих до 100 жителей, устанавливается с учетом понижающего коэффициента 0,4 к размеру базового норматива финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей.

Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих от 2000 и более жителей устанавливается равным размеру базового норматива финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей.

При несоответствии требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских применяются коэффициенты специфики:

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей – от 0,458 до 0,89; при 100% укомплектованности – 1,0;
- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей – от 0,308 до 0,958; при 100% укомплектованности – 1,0;
- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей – от 0,291 до 0,962; при 100% укомплектованности – 1,0.

Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов с указанием диапазона численности обслуживаемого населения, информации о соответствии или несоответствии требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению с соответствующими размерами коэффициентов специфики, а также финансового обеспечения, в том числе в расчете на 1 месяц приведен в приложении 15.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

В случае изменения в течение года указанных параметров фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, размер финансового обеспечения корректируется не чаще одного раза в квартал.

Средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Саратовской области, в расчете на одно застрахованное лицо (далее – средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи,  $\Phi O_{CP}^{CMII}$ ) определяется на основе установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования средних нормативов объема медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи следующим образом:

$$\Phi O_{CP}^{CMII} = \frac{(N o_{CMII} \times N \Phi z_{CMII}) \times \chi_3 - O C_{MTP}}{\chi_3}, \text{ где:}$$

$N o_{CMII}$	–	средний норматив объема скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации в части базовой программы ОМС, вызовов;
$N \Phi z_{CMII}$	–	норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в части базовой программы ОМС, рублей;
$O C_{MTP}$	–	размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, рублей;
$\chi_3$	–	численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек.

Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи составляет 779,3 рублей (с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001), значение коэффициента приведения составляет 0,974721, размер базового подушевого норматива – 759,6 рублей (63,3 рублей в месяц).

Объем финансирования станций, отделений скорой медицинской помощи рассчитывается ежемесячно исходя из дифференцированного норматива финансирования и численности обслуживаемых ими застрахованных лиц. Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи устанавливается исходя из значения среднего подушевого норматива финансирования, коэффициента приведения, коэффициента специфики (рассчитанного с учетом коэффициента дифференциации в разрезе половозрастных групп, представленного в приложении 16.1).



Значения коэффициента специфики, дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в разрезе медицинских организаций представлены в приложении 16.

Численность застрахованных лиц, обслуживаемых станциями, отделениями скорой медицинской помощи, определяется на основании данных персонифицированного учета (в соответствии с «Актом сверки численности застрахованного населения» между Территориальным фондом и страховыми медицинскими организациями). Для расчета ежемесячного объема финансирования скорой медицинской помощи принимается численность контингента застрахованных лиц, обслуживаемого станцией, отделением скорой медицинской помощи, по состоянию на первое число месяца, следующего за отчетным.

Счета на оплату скорой медицинской помощи формируются Территориальным фондом для каждой медицинской организации (структурного подразделения) в разрезе страховых медицинских организаций и направляются в медицинские организации. Медицинские организации самостоятельно формируют счета за оказанную скорую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами Саратовской области и проведение тромболизиса.

Медицинские организации ежемесячно формируют и представляют в установленном порядке реестры счетов на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, в Территориальный фонд.

Размер базового норматива финансовых затрат за вызов скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, составляет 2 753,4 рублей (с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001).

При осуществлении расчетов за скорую медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами Саратовской области, стоимость медицинской помощи, определяется, исходя из стоимости одного вызова, равной 2 674,1 рублей.

Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи в случае проведения тромболизиса выездной бригадой скорой медицинской помощи приведены в приложении 17.

Средний подушевой норматив финансирования для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), участвующих в реализации территориальной программы ОМС Саратовской области, в расчете на одно застрахованное лицо (далее – средний подушевой норматив финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи) определяется на основе установленных территориальной программой ОМС средних нормативов объема медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и составляет 6 126,35 рублей (с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001), значение коэффициента приведения составляет 0,869165, размер базового подушевого норматива – 5 324,8 рублей (443,7 рублей в месяц).

При финансировании медицинской организации по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания размер финансового обеспечения ежемесячно определяется Территориальным фондом как произведение установленного для данной медицинской организации фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания и численности застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинской организации.

К подушевому нормативу финансирования медицинских организаций, имеющих в своем составе подразделения, расположенные в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями) применяется коэффициент дифференциации в следующем размере:

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек – 1,113,
- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек – 1,04.

При этом допустимо установление дифференцированных значений коэффициентов для разных медицинских организаций или их подразделений в зависимости от комплектности участков, обслуживаемого радиуса и др.

В случае если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации ( $K_{Дот}$ ), объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения.

Значения коэффициента уровня оказания медицинской помощи, включающего объем средств на оплату профилактических осмотров (диспансеризации) (в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях), коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала (в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях), коэффициента специфики, дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания в разрезе медицинских организаций представлены в приложении 18.

Численность лиц, прикрепившихся к медицинской организации, определяется на основании данных единого регистра прикрепленного населения Саратовской области на последний день отчетного месяца, за который осуществляется расчет. Данные вносятся медицинскими организациями посредством web-приложения «Ведение базы прикрепленного населения».



Счета на оплату медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, ежемесячно формируются Территориальным фондом для каждой медицинской организации (структурного подразделения) в разрезе страховых медицинских организаций и направляются в медицинские организации.

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, определяется доля средств, направляемых на стимулирующие выплаты медицинским организациям, в размере 2% от суммы финансирования медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания.

Стимулирующие выплаты осуществляются в случае выполнения медицинской организацией критериев результативности деятельности медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, путем увеличения дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания во втором месяце квартала, следующего за отчетным, на основании решения Комиссии. Порядок, форма и сроки предоставления сведений, необходимых для оценки выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, устанавливаются Комиссией.

Оценка выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций осуществляется в баллах. За выполнение каждого из показателей результативности деятельности соответствующей медицинской организации присваивается по 1 баллу, в случае невыполнения показателя – 0 баллов.

Перечень показателей, по которым осуществляется оценка выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания:

№п/п	Наименование показателя	Значение показателя	Значение критерия оценки
1	2	3	4
<b>Раздел I. Выполнение плановых объемов медицинской помощи</b>			
1.1	Выполнение плановых объемов медицинской помощи в стационарных условиях по итогам соответствующего квартала (нарастающим итогом с начала года)	Не менее 90,0% и не более 100,0%	1
		Менее 90,0% или более 100,0%	0
1.2	Выполнение плановых объемов медицинской помощи в условиях дневного стационара по итогам соответствующего квартала (нарастающим итогом с начала года)	Не менее 90,0% и не более 100,0%	1
		Менее 90,0% или более 100,0%	0

№п/п	Наименование показателя	Значение показателя	Значение критерия оценки
1	2	3	4
1.3	Выполнение плановых объемов посещений с профилактической и иными целями в амбулаторных условиях по итогам соответствующего квартала (нарастающим итогом с начала года)	Не менее 80,0% и не более 100,0%	1
		Менее 80,0% или более 100,0%	0
1.4	Выполнение плановых объемов обращений по заболеванию в амбулаторных условиях по итогам соответствующего квартала (нарастающим итогом с начала года)	Не менее 80,0% и не более 100,0%	1
		Менее 80,0% или более 100,0%	0
1.5	Выполнение плановых объемов медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях по итогам соответствующего квартала (нарастающим итогом с начала года)	Не менее 90,0% и не более 100,0%	1
		Менее 90,0% или более 100,0%	0
1.6	Выполнение плановых объемов по диспансеризации взрослых по итогам соответствующего квартала (нарастающим итогом с начала года)	Не менее 90,0% и не более 100,0%	1
		Менее 90,0% или более 100,0%	0
1.7	Выполнение плановых объемов по профилактическим осмотрам детей по итогам соответствующего квартала (нарастающим итогом с начала года)	Не менее 90,0% и не более 100,0%	1
		Менее 90,0% или более 100,0%	0
Раздел II. Результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи			
2.1	Соотношение суммы неоплаты (неполной оплаты) медицинской помощи по результатам медико-экономического контроля к стоимости медицинских услуг по итогам соответствующего квартала (нарастающим итогом с начала года)	Не более 0,12%	1
		Более 0,12%	0
2.2	Соотношение суммы неоплаты (неполной оплаты) медицинской помощи по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи к стоимости медицинских услуг (нарастающим итогом с начала года)	Не более 0,88%	1
		Более 0,88%	0

При установлении на территории Саратовской области ограничительных мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией, показатели, включенные в раздел I вышеуказанного перечня, не применяются, при этом значение критерия оценки результативности по данным показателям принимается равным 1,0.

Исходя из суммы средств, предусмотренных на стимулирующие выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности (ОС<sub>рд</sub>), а также максимально возможного количества баллов, присвоенного всем медицинским организациям (КБ<sub>макс</sub>), определяется стоимость 1 балла (СТ<sub>б</sub>):



$$C_{TB} = \frac{(OC_{RD}^{AMB} + OC_{RD}^{ДС} + OC_{RD}^{КС})}{KB_{МАКС}}, \text{ где:}$$

- $OC_{RD}^{AMB}$  — размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям, в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, на квартал в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях;
- $OC_{RD}^{ДС}$  — размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям, в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, на квартал в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара;
- $OC_{RD}^{КС}$  — размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям, в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, на квартал в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

По каждой медицинской организации определяется фактическая сумма средств за достижение показатели результативности деятельности ( $\Phi C_{\text{рез}}^i$ ) исходя из фактически присвоенных медицинской организации баллов ( $KB^i$ ) по следующей формуле:

$$\Phi C_{\text{рез}}^i = C_{TB} \times KB^i$$

В Зависимости от суммы средств за достигнутые показатели результативности деятельности определяется значение коэффициента результативности по каждой медицинской организации ( $K_{\text{рез}}^i$ ) по следующей формуле:

$$K_{\text{рез}}^i = \frac{\Phi C_{\text{рез}}^i}{(\Phi O_{\text{CP}} \times \text{Пр}) \times Чз}, \text{ где:}$$

- $\Phi O_{\text{CP}}$  — размер среднего подушевого норматива финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, рублей;
- $\text{Пр}$  — значение коэффициента приведения в части медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, имеющими в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам с учетом коэффициента результативности, к общему объему средств на финансирование медицинских

организаций рассчитывается поправочный коэффициент ( $ПК_{кр}$ ) по формуле:

$$ПК_{кр} = \frac{\sum i(ФДПН^i \times K_{рез}^i \times Чз^i)}{(ФО_{ср} \times Пр) \times Чз + (ОС_{РД}^{АМБ} + ОС_{РД}^{ДС} + ОС_{РД}^{КС})}, \text{ где}$$

$ФДПН^i$  — фактический подушевой норматив финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, рублей;

Фактический дифференцированный подушевой норматив для медицинской организации, финансируемой по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой такими медицинскими организациями медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), с учетом коэффициента результативности ( $ФДПН_{кр}^i$ ), рассчитывается по формуле:

$$ФДПН_{кр}^i = ФДПН^i \times K_{рез}^i / ПК_{кр}$$

При выполнении показателей результативности в соответствии с установленными критериями проводится корректировка финансового плана учреждения.

Тарифы на оплату медицинской помощи методами диализа, приведены в приложении 19.

Базовые тарифы на оплату гемодиализа (код услуги — А 18.05.002 «Гемодиализ») устанавливаются в размере 5 770,00 рублей и перитонеального диализа (код услуги А 18.30.001 «Перитонеальный диализ») в размере 2 200,00 рублей, рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов и включающие в себя расходы, определенные частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ.

Форма счетов и реестров счетов медицинских организаций устанавливается Территориальным фондом в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи 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 в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ.

В соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании расходы медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу и иные расходы не осуществляются за счет средств ОМС, за исключением медицинского оборудования, приобретаемого за счет средств ОМС, полученных за оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

Лекарственные препараты, медицинские изделия, необходимые для оказания стационарной медицинской помощи, медицинской помощи в условиях дневных стационаров, а также скорой и неотложной медицинской помощи применяются в соответствии с Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (приложение 4 к Территориальной программе), стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

Организация питания должна осуществляться в соответствии с нормативно-правовыми актами, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Средства на оплату труда расходуются медицинскими организациями на основании нормативных актов по оплате труда, разработанных в соответствии с требованиями законодательства, с учетом особенностей оплаты труда отдельных категорий медицинских работников.

Расходы на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, включая денежные выплаты:

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

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

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Медицинские организации обязаны использовать средства ОМС,

полученные за оказанную медицинскую помощь, на статьи затрат, включенные в структуру тарифа.

**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**

За нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по территориальной программе ОМС, определенные приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 февраля 2019 года № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», применяются санкции в размерах, определенных пунктами 147-149 Правил обязательного медицинского страхования. Перечень санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, применяемых к медицинским организациям, участвующим в реализации территориальной программы ОМС, приведен в приложении 20.

Финансовые санкции по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц, начисляются исходя из тарифов на медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях, установленных для межтерриториальных расчетов.

Финансовые санкции по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления скорой медицинской помощи начисляются, исходя из стоимости одного вызова, равной 2 674,1 рублей.

**5. Заключительные положения**

Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания, распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2021 года, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение текущего финансового года.

В тарифное соглашение вносятся изменения:

- а) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в части включения (исключения) медицинских организаций;
- б) при внесении изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями;
- в) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;
- г) при внесении изменений в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Министерства здравоохранения



тарифного соглашения, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2020 года № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», приводящих к изменению структуры и содержания тарифного соглашения;

д) 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;

е) 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.

Внесение изменений и дополнений в тарифное соглашение производится по решению Комиссии путем заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

**Министр здравоохранения Саратовской области**

**О.Н. Костин**

«29» декабря 2021 г.

**Первый заместитель директора  
Территориального фонда обязательного  
медицинского страхования Саратовской  
области**

**О.В. Потапова**

«04» января 2022 г.

**Директор Филиала АО «МАКС-М»  
в г. Саратове**

**Т.В. Кирюхина**

«15» января 2022 г.

**Заместитель директора филиала ООО  
«Капитал МС» в Саратовской области**

**В.Л. Соколова**

«15» января 2022 г.

**Президент Ассоциации «Медицинская  
Палата Саратовской области»**

**В.В. Агапов**

«15» января 2022 г.

**Председатель Саратовской областной  
организации профессионального союза  
работников здравоохранения Российской  
Федерации**

**А. Прохоров**

«15» января 2022 г.