

ПРОТОКОЛ  
заседания комиссии по разработке  
территориальной программы обязательного медицинского страхования  
в Челябинской области

от 30.12.2020 года

№ 17

Председатель комиссии Семенов Ю.А. – Министр здравоохранения Челябинской области

Члены комиссии:

Альтман Д.Ш. – председатель Союза медицинского сообщества «Медицинская палата Челябинской области» (отсутствует по уважительной причине)

Кинихина В.Н. – главный специалист по социально-экономическим вопросам Челябинской областной организации Профсоюзного союза работников здравоохранения Российской Федерации

Ковальчук Н.П. – председатель Челябинской областной организации Профсоюзного союза работников здравоохранения Российской Федерации

Ковтун А.А. – исполнительный директор по медицинским проектам, связям с государственными органами и обеспечению бизнеса ООО Страховая медицинская компания «Астра-Металл»

Коноваленко Я.А. – директор Челябинского филиала ООО «АльфаСтрахование-ОМС», Полномочный представитель Всероссийского Союза страховщиков по медицинскому страхованию в Челябинской области

Миронова Н.Ю. – заместитель директора по финансовым вопросам Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области, секретарь

Михайлова С.А. – главный врач ГБУЗ «Областная клиническая больница № 2»

Москвичева М.Г. – член Союза медицинского сообщества «Медицинская палата Челябинской области»

Сахарова В.В. – первый заместитель Министра здравоохранения Челябинской области (отсутствует в связи с увольнением на основании постановления Губернатора Челябинской области от 29.12.2020 № 319)

Ткачева А.Г. – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области

Царев А.П. – главный врач НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Челябинск ОАО РЖД»

Повестка заседания:

1. распределение объемов предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями на 2021 год;

2. утверждение проекта Тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области на 2021 год;
3. разное.

**По первому вопросу** повестки заседания Комиссии:

заслушали председателя Комиссии, Министра здравоохранения Челябинской области Семенова Ю.А. о распределении объемов предоставления медицинской помощи на 2021 год между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями.

Комиссия, рассмотрев и проанализировав предложения медицинских организаций и Министерства здравоохранения Челябинской области о распределении объемов предоставления медицинской помощи на 2021 год между медицинскими организациями, предложения ТФОМС Челябинской области о распределении объемов предоставления медицинской помощи на 2021 год между страховыми медицинскими организациями, приняла единогласное решение:

1. Распределить объемы медицинской помощи на 2021 год:

между медицинскими организациями согласно приложению 1 к настоящему протоколу - на основе установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2021 год (далее - Территориальная программа ОМС) нормативов объема медицинской помощи на одно застрахованное лицо, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи, сроков ожидания медицинской помощи по Территориальной программе ОМС, критериев распределения объемов медицинской помощи, а также особенностей территории (фактический уровень и структура заболеваемости медицинских организаций, демографические показатели, доступность, в том числе транспортная).

внутри медицинских организаций ежемесячно из расчета одна двенадцатая часть утвержденного годового объема медицинской помощи;

между страховыми медицинскими организациями согласно приложению 2 к настоящему протоколу – пропорционально доли в общей численности застрахованных лиц Челябинской области по состоянию на 01.01.2020 года с учетом фактических объемов медицинской помощи, принятых к оплате за предыдущий год и первое полугодие текущего года, и потребности в объемах медицинской помощи в разрезе страховых медицинских организаций, а именно:

- Челябинский филиал ООО «АльфаСтрахование - ОМС» - 47,76%,
- ООО Страховая медицинская компания «Астра-Металл» - 40,13%,
- Филиал ООО Страховая компания «Ингосстрах-М» в г. Челябинске – 4,85%,
- Екатеринбургский филиал АО Страховая компания «СОГАЗ-Мед» - 4,19%,
- Челябинский филиал ООО Страховая медицинская компания «РЕСО-Мед» - 3,07 %.

2. Медицинским организациям, указанным в приложении 1 настоящего протокола, внести плановые показатели объемов медицинской помощи в АИС «Веб – мониторинг здравоохранения».

3. ТФОМС Челябинской области произвести расчет сумм финансового обеспечения объемов предоставления медицинской помощи на соответствующий год в соответствии с протоколом заседания Комиссии в течение 30 дней с момента установления Комиссией объемов предоставления медицинской помощи медицинским организациям в соответствии со способами оплаты, принятыми на территории Челябинской области, после получения подписанного протокола заседания Комиссии и размещения необходимых для расчета данных по объемным показателям в АИС «Веб-мониторинг здравоохранения» и программном комплексе ПАДМ Министерства здравоохранения Челябинской области и ТФОМС Челябинской области соответственно и разместить информацию о финансовом обеспечении из средств обязательного медицинского страхования объемов предоставления медицинской помощи в АИС «Веб-мониторинг здравоохранения».

4. Министерству здравоохранения Челябинской области подготовить «Объемы предоставления медицинской помощи» на 2021 год для медицинских организаций, указанных в приложении 1 к настоящему протоколу, и направить их руководителям медицинских организаций Челябинской области.

5. Для определения объемов медицинской помощи на 2021 год по Территориальной программе ОМС взята численность застрахованных лиц в Челябинской области по состоянию на 01.01.2020 года – 3 497 704 человека.

6. Объемы медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо по Территориальной программе ОМС установлены в рамках средних нормативов объема медицинской помощи в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов».

7. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные Территориальной программой ОМС, включают в себя объемы предоставления медицинской помощи, оказанные в медицинских организациях других субъектов Российской Федерации, гражданам, застрахованным в Челябинской области.

8. В соответствии с пунктом 6 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и пунктом 121 приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС) оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществлять на основании представленных медицинской организацией счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком, установленным Правилами ОМС, а также с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – Приказ № 36).

9. Установить средний норматив для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями - не менее 2 посещений в 1 обращении на одно застрахованное лицо.

10. Установить средний норматив для стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях в 1 посещении - 4,2 УЕТ. Число УЕТ в одном посещении с профилактической целью – 4,0, в одном обращении в связи с заболеванием (законченном случае лечения) – 9,4.

11. Потребность проведения лечения с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) (далее – ВРТ, ЭКО) на 2021 год рассчитана Министерством здравоохранения Челябинской области с учетом сформированного листа ожидания.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 18.11.2019 № 1152 «Об оказании медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий в рамках обязательного медицинского страхования на территории Челябинской области» сформирован регистр пациентов, направленных на лечение с использованием ВРТ (далее - Регистр), с учетом выбора пациентами медицинской организации.

Для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ в рамках обязательного медицинского страхования направлены уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в 2021 году от 11 медицинских организаций.

Министерство здравоохранения Челябинской области предлагает распределить объемы медицинской помощи на 2021 год с учетом числа лиц, состоящих в Регистре по состоянию на 23.11.2020 года, в соответствии с критериями эффективности работы по данным за 2019 год и 9 месяцев 2020 года:

- процент беременности и родов к общему количеству протоколов в 2019 году, осложнения после программ ВРТ;
- процент беременности к общему количеству протоколов в 2020 году;
- соблюдение Алгоритма направления пациентов с бесплодием на лечение с использованием ВРТ и последующего их наблюдения в медицинских организациях Челябинской области (утвержден приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 18.11.2019 года № 1152 «Об оказании медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий в рамках обязательного медицинского страхования на территории Челябинской области»);
- удовлетворенность оказанием данного вида медицинской помощи (в условиях медицинских организаций Челябинской области) гражданами Челябинской области (оценка опросным путем);
- предоставления федеральной статистической отчетности.

Запрошена информация в ГБУЗ ЧОМИАЦ о предоставлении статистической отчетности медицинскими организациями, заявившимися для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ.

Установлено, что медицинскими организациями ООО «Центр планирования семьи», ООО «ДНК КЛИНИКА» нарушены требования статьи 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в

Российской Федерации», Федерального закона от 29.11.2007 № 282-ФЗ «Об официальном статистическом учете и системе государственной статистики в Российской Федерации», постановления Правительства Российской Федерации «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», статьи 3 закона Российской Федерации «Об ответственности за нарушение порядка представления государственной статистической отчетности», постановления Правительства Российской Федерации от 18.08.2008 № 620 «Об условиях представления в обязательном порядке первичных статистических данных и административных данных субъектам официального статистического учета», постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил представления медицинскими организациями платных медицинских услуг», письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.04.2003 № 2510/4460-03-32 «Об отчетности негосударственных медицинских учреждений», статьи 13.19 и статьей 23.53 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ и приказа Министерства здравоохранения Челябинской области от 13.12.2019 № 1347 «О сдаче годовых статистических отчетов за 2019 год организациями частной системы здравоохранения, осуществляющими медицинскую деятельность на территории Челябинской области», а именно:

руководителям медицинских (иных) организаций частной системы здравоохранения и индивидуальным предпринимателям, осуществляющим медицинскую деятельность на территории Челябинской области было рекомендовано обеспечить:

1) подготовку и представление форм государственной статистической отчетности за 2019 год в соответствии с оказываемыми видами медицинской помощи и согласно прилагаемым к настоящему приказу Перечнем форм, сформированных посредством автоматизированной информационной системы «Барс. Веб-мониторинг здравоохранения» (далее именуется - АИС «Барс. Веб-мониторинг здравоохранения»). Срок - до 1 марта 2020 года.

2) регистрацию медицинской организации или физического лица в АИС «Барс. Веб-мониторинг здравоохранения» с получением индивидуальных паролей доступа в Систему.

С учетом вышеизложенного, распределение объемов медицинской помощи на 2021 год приведено в таблице (объемы медицинской помощи ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России не учитывались при распределении).

Министерство здравоохранения Челябинской области предлагает распределить 592 процедуры криопереноса в равных долях от числа запланированных циклов ЭКО.

№ п/п	Медицинские организации	Предложение по объемам предоставления медицинской помощи на 2021 год, количество	Предложение по объемам предоставления медицинской помощи
----------	-------------------------	--	--

		случаев	на 2021 год, (посещение) криоперенос
1.	ООО «ДНК КЛИНИКА»	31	12
2.	МАУЗ «Центр ВРТ»	339	120
3.	ООО МЦ «Лотос»	240	81
4.	ООО «Центр акушерства и гинекологии № 1»	122	40
5.	ООО «Центр планирования семьи»	60	21
6.	ООО «ЭкоКлиника»	329	120
7.	АО «Центр семейной медицины»	260	87
8.	ГБУЗ «ОПЦ»	286	95
9.	Клиника ЮУГМУ ФГБОУ ВО МЗРФ		
10.	ЗАО Жемчужина	16	6
11.	ООО «Личный доктор»	25	10
	<b>Итого:</b>	1708	592

Данные объемы медицинской помощи обоснованы расчетной потребностью и были направлены в адрес Министерства здравоохранения Российской Федерации в связи реализацией национального проекта «Демография» (на 2021 год – 2300 случаев ЭКО и проведение процедуры криопереноса), одной из задач которого является увеличение циклов ЭКО, выполненных семьям, страдающим бесплодием, за счет средств базовой программы обязательного медицинского страхования.

В 2021 году необходимо оценивать следующие критерии эффективности:

число родов после ЭКО;

тяжелые осложнения после проведения ЭКО.

12. Объемы медицинской помощи в амбулаторных условиях для проведения отдельных диагностических исследований распределить между медицинскими организациями, имеющими соответствующие лицензии на осуществление медицинской деятельности, в соответствии с установленными Территориальной программой ОМС на 2021 год нормативами объема медицинской помощи на одно застрахованное лицо по компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвуковому исследованию сердечно-сосудистой системы, эндоскопическим диагностическим исследованиям, молекулярно-генетическим исследованиям с целью диагностики онкологических заболеваний, патологоанатомическим исследованиям биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестированию на выявление новой коронавирусной

инфекции COVID-19, а также по проведению биохимического и ультразвукового скрининга в 1 и 2 триместре беременности, проведению ПЭТ и ОФЭКТ.

Другие лабораторные и инструментальные исследования на 2021 год отдельно не планировать, так как в круглосуточном и дневных стационарах всех типов стоимость лабораторных и инструментальных исследований входит в стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в клинικο-статистическую группу (далее – КСГ), тарифа на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, тарифа на оплату медицинской помощи, оказанной взрослому застрахованному населению Челябинской области с социально-значимыми заболеваниями (ВИЧ), а в поликлинике – в подушевое финансирование и в стоимость тарифов на оплату медицинской помощи, не входящей в подушевое финансирование.

13. Не распределены объемы предоставления медицинской помощи на 2021 год медицинским организациям Челябинской области, включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области в 2021 году:

- ООО МЦ «Наркомед плюс», ГБУЗ «Челябинский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики» - в виду отсутствия потребности в оказании медицинской помощи данными медицинскими организациями, а также в связи с отсутствием лицензии на осуществление медицинской деятельности по проведению профилактических медицинских осмотров, в том числе диспансеризации.

- ООО «Ситилаб-Урал», ООО «М-Лайн», ООО «Балтийская медицинская компания», ООО «Уральский клинический лечебно-реабилитационный центр им. В.В. Тетюхина» (медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области в 2021 году, расположенные в других субъектах Российской Федерации) - объемы медицинской помощи не распределены в виду отсутствия потребности в оказании медицинской помощи в медицинских организациях, находящихся за пределами Челябинской области. Оплата объемов медицинской помощи, оказанной застрахованным жителям Челябинской области медицинскими организациями, расположенными в других субъектах Российской Федерации, будет производиться в рамках межтерриториальных расчетов с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с Приказом № 36.

14. Объемы медицинской помощи сверх базовой программы обязательного медицинского страхования распределены между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями в части:

- стационарной медицинской помощи по профилю «инфекционные ВИЧ»;
- высокотехнологичной медицинской помощи по профилям медицинской помощи «кардиология», «сердечно-сосудистая хирургия» больным с острым коронарным синдромом (баллонная вазодилатация);
- стационарной специализированной медицинской помощи пациентам с

хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями (плановая коронарография) по профилям медицинской помощи «кардиология», «сердечно-сосудистая хирургия»;

- дополнительных объемов амбулаторно-поликлинической помощи по решениям врачебной комиссии;

- проведения прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (проведение гистологических исследований) при заборе материала в амбулаторных условиях на прижизненную патологоанатомическую диагностику, за исключением выявления онкологических заболеваний; при заборе материала в амбулаторных условиях и направлении на проведение иммуногистохимических исследований;

- проведения прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (проведение гистологических исследований) при заборе материала в стационарных условиях для исследования последствий на прижизненную патологоанатомическую диагностику в родильных отделениях;

- проведения магнитно-резонансной томографии в амбулаторных условиях пациентам при подозрении на злокачественное новообразование, при наблюдении пациентов с новообразованиями.

По другим видам медицинской помощи сверх базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с письмом Министерства здравоохранения Челябинской области от 28.10.2020 № 02/9877 объемы медицинской помощи между медицинскими организациями будут распределены с учетом фактически выполненных объемов медицинской помощи по базовой программе обязательного медицинского страхования, потребности в медицинской помощи, листа ожидания и предложений медицинских организаций.

15. Медицинским организациям, оказавшим экстренную стационарную медицинскую помощь детям на взрослых койках в отсутствие лицензии на осуществление медицинской деятельности по профилям детская хирургия, детская онкология, детская урология–андрология, детская кардиология, детская эндокринология, стоматология детская, планировать объемы медицинской помощи для детского застрахованного населения на взрослых койках без указания количества детских коек.

Министерству здравоохранения Челябинской области взять на контроль и ежеквартально проводить анализ оказания медицинской помощи детям на взрослых койках в медицинских организациях Челябинской области с последующим принятием организационных мероприятий по маршрутизации детей на госпитализацию.

**По второму вопросу** повестки заседания Комиссии заслушали директора ТФОМС Челябинской области Ткачеву А.Г. по вопросу утверждения проекта Тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области на 2021 год (далее - Тарифное соглашение на 2021 год):

1. Утвердить проект Тарифного соглашения на 2021 год в соответствии с:



- Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» (постановление Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 № 2299) (далее – Программа государственных гарантий на 2021 год);

- Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» (постановление Правительства Челябинской области от 29.12.2020 № 758-П) (далее – Территориальная программа);

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

- письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 30.12.2020 № 11-7/И/2-20691 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (далее - Методические рекомендации на 2021 год).

2. Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2019 № 822-ОМС, а также Дополнительные соглашения к нему, считать утратившими силу с 01.01.2021.

I. Медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях, с 01.01.2021:

1. Установить тарифы на оплату медицинской помощи:

- «Врач отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи» для взрослого и детского застрахованного населения в размере 920,50 рублей;

- «Фельдшер отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи» для взрослого и детского застрахованного населения в размере 644,30 рублей.

(приложение 9/4 к Тарифному соглашению на 2021 год)

2. Установить тарифы на оплату стоматологической медицинской помощи за 1 УЕТ в размере 155,80 руб.

(приложение 10 к Тарифному соглашению на 2021 год).

3. Установить на уровне 2020 года тарифы на оплату:

- медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной взрослому и детскому застрахованному населению в поликлинике, на дому за посещение, обращение с лечебно-диагностической целью; за посещение с профилактической целью (приложения 9/1, 9/2, 9/3 к Тарифному соглашению на 2021 год);

- первичной специализированной медико-санитарной помощи с лечебно-диагностической и консультативной целью с обязательным проведением диагностических исследований (консультативно-диагностический прием) (приложение 9/1 к Тарифному соглашению на 2021 год);

- консультативно-диагностической медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной взрослому и детскому застрахованному населению в консультативно-диагностических центрах Челябинской области (приложение 9/5 к Тарифному соглашению на 2021 год);

- медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной взрослому застрахованному населению в центрах амбулаторной онкологической помощи (приложение 9/8 к Тарифному соглашению на 2021 год);

- дистанционных консультаций в амбулаторных условиях, оказанных с применением телемедицинских технологий в режиме реального времени взрослому и детскому застрахованному населению на дому, для осуществления взаиморасчетов между медицинскими организациями, участвующими в подушевом финансировании (приложение 9/6 к Тарифному соглашению на 2021 год);

- медицинских услуг дистанционного диспансерного наблюдения больных с артериальной гипертензией на уровне 2020 года (приложение 11 к Тарифному соглашению на 2021 год);

- медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях «Акушер-гинеколог (криоперенос)».

4. В связи с выходом приказа Минздрава России от 02.12.2020 № 1278н о внесении изменений в Порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения (приказ Минздрава России от 13.03.2019 № 124н) установить тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках II этапа диспансеризации взрослого застрахованного населения:

- «Осмотр (консультацию) врачом-дерматовенерологом, включая проведение дерматоскопии» в размере 201,60 руб.;

- «Проведение исследования уровня гликированного гемоглобина в крови» в размере 245,60 руб.

Установить на уровне 2020 года тарифы:

- комплексного посещения диспансеризации взрослого и детского застрахованного населения в рамках I этапа диспансеризации;

- осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в рамках II этапа диспансеризации взрослого застрахованного населения;

- комплексного посещения профилактических медицинских осмотров взрослого и детского застрахованного населения;

- осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в рамках I этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних

применяемые при межучрежденческих, межтерриториальных расчетах.

(приложения 12,13 к Тарифному соглашению на 2021 год).

5. Установить порядок учета обращений, разовых посещений.

Обращение как законченный случай лечения складывается из первичных и повторных (не менее двух) посещений по поводу одного заболевания к врачам – специалистам.

Длительность между двумя соседними посещениями и/или между датой посещения и назначенной датой следующего посещения в рамках одного обращения не может превышать 3-х месяцев. Длительность между первым и последним посещением в обращении или первым посещением и назначенной датой следующего посещения для «разового посещения по заболеванию» не может превышать один год.

Если первичное посещение (включаемое в обращение по заболеванию) оказано в одном отчетном периоде, а последующие должны были быть оказаны в последующих отчетных периодах, но в результате неявки пациента на повторный прием сформировать обращение по заболеванию не представляется возможным, медицинская организация имеет право включить первичное посещение, оказанное в одном из двух предыдущих отчетных периодов в реестр за отчетный период как разовое посещение в связи с заболеванием.

#### 6. В рамках подушевого финансирования:

6.1. Средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях установить в размере 435,59 рублей на 1 застрахованное лицо в месяц.

Коэффициент приведения в амбулаторных условиях установить в размере 0,438.

6.2. Установить коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

6.2.1. Половозрастные коэффициенты дифференциации базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в разрезе половозрастных групп:

0-1 года		1-4 года		от 5 до 17 лет		от 18 до 64 лет		65 лет и старше	
жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж
3,184	3,333	1,955	2,034	0,979	0,985	0,928	0,544	1,602	1,602

6.2.2. Коэффициенты 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 (приложение 5 к Тарифному соглашению на 2021 год).

6.2.3. Коэффициенты дифференциации для медицинских организаций (КД):

6.2.3.1. Для медицинских организаций Челябинской области (за исключением изложенных в пункте 6.2.3.2) в размере 1,105;

6.2.3.2. Для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований (далее - ЗАТО), подведомственных ФМБА:

- ФГБУЗ «Клиническая больница № 71 ФМБА» г.Озерск, ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 15 ФМБА» г.Снежинск в размере 1,21;

- ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 72 ФМБА» г.Трехгорный в размере 1,14.

6.2.4. Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, коэффициенты уровня оказания медицинской помощи. (приложение 14 к Тарифному соглашению на 2021 год)

6.3. Поправочный коэффициент установить в размере 0,917.

6.4. Установить:

- показатели результативности деятельности медицинской организации (приложение 15 к Тарифному соглашению на 2021 год);

- размер средств на осуществление стимулирующих выплат при достижении целевых показателей - 10% от объема средств на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации;

- периодичность оценки результативности деятельности медицинских организаций с целью осуществления выплат стимулирующего характера – по итогам 6, 10 месяцев.

6.5. Установить размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФП, ФАП) на 2021 год:

ФП, ФАП, обслуживающий менее 100 жителей – 917,61 тыс. рублей,

ФП, ФАП, обслуживающий от 100 до 900 жителей – 1 124,91 тыс. рублей,

ФП, ФАП, обслуживающий от 100 до 900 жителей, входящий в структуру медицинской организации (ФГБУЗ «Клиническая больница № 71 Федерального медико-биологического агентства»), расположенной на территории ЗАТО, подведомственной ФМБА - 1 222,95 тыс. рублей,

ФП, ФАП, обслуживающий от 900 до 1500 жителей – 1 782,14 тыс. рублей,

ФП, ФАП, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, более 2000 жителей 2 001,17 тыс. рублей.

Установить коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, учитывающие критерии соответствия ФП, ФАП требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н (далее – Положение) (приложение 4 к Тарифному соглашению).

Критерии установления значений коэффициентов специфики:

I. коэффициент специфики = 0,1: ФАП, не имеющие лицензий и/или в которых отсутствуют занятые медицинским персоналом должности;

II. коэффициент специфики = 0,5:

1) Наличие лицензии на «Лечебное дело» или «Акушерское дело», при суммарном количестве занятых должностей заведующий ФАП – фельдшер/акушер, фельдшер/акушер от 0,25 ставки до 0,5 ставки включительно<sup>1</sup>;

2) Наличие лицензии на «Лечебное дело» или «Акушерское дело», при суммарном количестве занятых должностей заведующий ФАП – медицинская сестра; медицинская сестра от 0,25 ставки и выше (при этом, суммарное количество

---

<sup>1</sup> независимо от суммарного количества занятых должностей: заведующий ФАП – медицинская сестра; медицинская сестра

заведующих ФАП – фельдшер/акушер; фельдшер; акушер равно 0);

3) Наличие лицензии только на «Сестринское дело», при суммарном количестве занятых должностей заведующий ФАП – фельдшер/акушер; фельдшер/акушер; заведующий ФАП – медицинская сестра; медицинская сестра от 0,25 ставки и выше;

III. коэффициент специфики = 1: ФАП, имеющие лицензию на «Лечебное дело» или «Акушерское дело», при суммарном количестве занятых должностей: заведующий ФАП – фельдшер/акушер; фельдшер; акушер больше или равно 0,75 ставки<sup>1</sup>.

Установить периодичность пересмотра коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, учитывающие критерии соответствия ФП, ФАП требованиям, установленным Положением; размера средств, направляемых на финансовое обеспечение ФП, ФАП; тарифов на финансовое обеспечение ФП, ФАП для медицинских организаций – не чаще одного раза в квартал.

Расчёт размера средств, направляемых на финансовое обеспечение ФП, ФАП на 2021 год произведён на основании информации, предоставленной медицинскими организациями Челябинской области в АИС «Барс. Веб-мониторинг здравоохранения» (вкладка «ФАПы–ФОМС») на 01.12.2020.

6.6. Установить фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, тарифы на финансовое обеспечение ФП, ФАП (приложение 14 к Тарифному соглашению на 2021 год).

## II. Параклиника

1. Установить тарифы на оплату услуг, оказываемых межрайонными отделениями пренатальной диагностики с кабинетами антенатальной охраны плода на амбулаторном этапе беременным женщинам:

- «Пренатальная диагностика (I ультразвуковой скрининг с забором образцов крови для определения материнских сывороточных маркеров)» в размере 580,40 руб.;

- «Пренатальная диагностика (II ультразвуковой скрининг)» в размере 1 024,40 руб.;

(Обращения Министерства здравоохранения Челябинской области от 14.09.2020 № 01/8496, 30.10.2020 № 01/9971)

2. Установить на уровне 2020 года тарифы на оплату:

- «Пренатальная диагностика (биохимический скрининг)»;
- лабораторных исследований в целях выявления новой коронавирусной инфекции (COVID-19) «Определение РНК COVID -19 методом ПЦР»;

- 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;

- медицинских услуг «ПЭТ/КТ», «ОФЭКТ»  
(приложение 9/7 к Тарифному соглашению на 2021 год).

### III. Скорая медицинская помощь с 01.01.2021:

1. Средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, установить в размере 71,90 рублей на 1 застрахованное лицо в месяц.

2. Коэффициент приведения скорой медицинской помощи установить в размере 0,869.

3. Установить половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива:

0-1 года		1-4 года		от 5 до 17 лет		от 18 до 64 лет		от 65 и старше	
жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж
2,489	3,076	1,858	2,122	0,701	0,740	0,765	0,662	2,086	1,861

4. Установить коэффициенты специфики оказания скорой медицинской помощи, определенные для i-той медицинской организации с учетом применения:

4.1. половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива (КДпв);

4.2. коэффициента дифференциации, учитывающего средний радиус территории обслуживания (КДср);

4.3. коэффициента дифференциации заработной платы медицинских работников (КДзп)).

(приложение 18/1 к Тарифному соглашению на 2021 год)

5. Установить коэффициенты дифференциации медицинской организации (КД):

5.1. Для медицинских организаций Челябинской области (за исключением изложенных в пункте 5.2) в размере 1,105;

5.2. Для медицинских организаций, расположенных на территории ЗАТО, подведомственных ФМБА:

- ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 71 ФМБА» г. Озерска, ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 15 ФМБА» г.Снежинска в размере 1,21;

- ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 72 ФМБА» г. Трехгорного в размере 1,14;

6. Поправочный коэффициент установить в размере 1,010.

7. Установить фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации.

(приложение 18/1 к Тарифному соглашению на 2021 год)

8. Установить тарифы за вызов скорой медицинской помощи:

- с проведением тромболитической терапии (применение проурокиназы) в размере 37 779,50 руб;

- с проведением тромболитической терапии (применение алтеплазы) в размере 55 787,40;

- с проведением тромболитической терапии (применение тенектеплазы) в размере 66 651,80 руб.;

- с проведением тромболитической терапии (применение рекомбинантного белка, содержащего аминокислотную последовательность стафилокиназы) в размере 50 723,10 рублей.

(Обращения ГБУЗ ЧОКД 07.08.2020 № 128, ООО "Супраген" 11.08.2020 №132/20, Минздрава Челябинской области 15.03.2019 № 01/1881)

(приложение 18/2 к Тарифному соглашению на 2021 год).

9. Установить тариф за 1 вызов скорой медицинской помощи, оказанной населению, застрахованному на территории других субъектов Российской Федерации, в размере 2 941,40 рублей (приложение 18/2 к Тарифному соглашению на 2021 год).

10. Установить тарифы за вызов выездной бригады при проведении медицинской эвакуации на уровне 2020 года (приложение 18/2 к Тарифному соглашению на 2021 год).

#### IV. Круглосуточный стационар с 01.01.2021:

1. Установить перечень Перечень КСГ (387 КСГ), размер коэффициентов относительной затратоемкости, используемых при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях в соответствии с Методическими рекомендациями на 2021 год (приложение 7/1 к Тарифному соглашению на 2021 год).

2. Разгруппировать КСГ st25.012 «Операции на сосудах (уровень 5)», выделив КСГ st25.012.1 «Операции на сосудах (уровень 5) по коду услуги A16.23.034.013 «Локальная эндоваскулярная трансартериальная тромбоэкстракция»».

3. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи (без учета межбюджетных трансфертов Челябинской области) установить в размере 40 361,31 рублей.

4. Базовую ставку в круглосуточном стационаре установить:

- с учетом коэффициента дифференциации в размере 26 234,85 рублей;

- без учета коэффициента дифференциации в размере 23 571,29 рублей.

5. Коэффициент дифференциации (КД) для медицинских организаций Челябинской области установить в размере 1,113.

6. Коэффициент приведения установить в размере 0,65.

7. Установить коэффициенты уровня/подуровня медицинской организации, в которой пролечен пациент в стационарных условиях.

(приложение 3 к Тарифному соглашению на 2021 год)

К подуровню 3.2 относить медицинские организации, имеющие в структуре более 15 отделений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в стационарных условиях.

8. Установить коэффициент специфики КСГ при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

8.1. В размере 1,0 для КСГ st08.001-st08.003, st13.002, st13.005, st13.007, st15.015, st15.016, st17.001-st17.003, st19.001- st19.026, st19.037, st19.038, st19.062-st19.104, st29.012, st29.013;

8.2. В размере 0,93 для КСГ st20.010;

8.3. В размере 1,18 для КСГ st29.008;

8.4. В размере 0,8 для остальных КСГ (не указанных в пунктах 8.1-8.3) (приложение 7/1 к Тарифному соглашению на 2021 год).

9. Установить, что поправочный коэффициент, учитываемый при определении стоимости конкретного случая лечения по КСГ округляется до 2-х знаков после запятой.

10. Установить особенности оплаты прерванных случаев медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 85% стоимости КСГ;

В случае если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивать в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 40% стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 50% стоимости КСГ.

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

При переводе пациента из круглосуточного стационара в дневной стационар в пределах одной медицинской организации с заболеванием, относящимся к одному классу МКБ 10, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами для прерванных случаев.

11. Особенности формирования КСГ и оплаты медицинской помощи, для случаев лечения пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 (st12.015-



st12.019) установить в соответствии с Методическими рекомендациями на 2021 год.

12. Установить коэффициенты сложности лечения пациента:

№ п/п	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
А	1	2
1	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний)	1,2
2	Проведение сочетанных хирургических вмешательств	1,3
3	Проведение однотипных операций на парных органах	1,3
4	Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями	1,5

(приложение 8 к Тарифному соглашению на 2021 год)

V. Высокотехнологичная медицинская помощь с 01.01.2021:

Установить тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с Разделом I приложения к Программе государственных гарантий.

(приложение 17 к Тарифному соглашению на 2021 год).

VI. Дневной стационар с 01.01.2021:

1. Установить Перечень КСГ (172 КСГ), используемых при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в соответствии с Методическими рекомендациями на 2021 год (приложение 7/2 к Тарифному соглашению на 2021 год).

2. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи без учета коэффициента дифференциации установить в размере 22 141,69 рублей.

3. Базовую ставку в дневном стационаре без учета коэффициента дифференциации установить в размере 13 285,01 рублей.

4. Коэффициент приведения установить в размере 0,60.

5. Не устанавливать коэффициент уровня медицинской организации при оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

6. Установить коэффициент дифференциации (КД):

6.1. Для медицинских организаций Челябинской области (за исключением изложенных в пункте 6.2) в размере 1,105;

6.2 Для медицинских организаций, расположенных на территории ЗАТО:

- ФГБУЗ «Клиническая больница № 71 ФМБА» г.Озерск, ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 15 ФМБА» г.Снежинск в размере 1,21;

- ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 72 ФМБА» г.Трехгорный в размере 1,14.

7. Коэффициент специфики, используемый при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, установить в размере 0,8, за исключением:

- КСГ, к которым не применяются понижающие коэффициенты специфики в соответствии с Методическими рекомендациями на 2021 год;

- оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинскими организациями, расположенными на территории ЗАТО, (КСдс установить в размере 1,2).

8. Установить, что поправочный коэффициент, учитываемый при определении стоимости конкретного случая лечения по КСГ округляется до 2-х знаков после запятой.

9. Установить перечень КСГ в дневном стационаре оплата которых осуществляется в размере 100% стоимости случаев лечения (не относящихся к прерванным случаям лечения в соответствии с Программой) независимо от длительности лечения:

- в соответствии с таблицей 1 приложения 7 к Методическим рекомендациям на 2021 год;

- дополнить КСГ ds02.008 Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1). (приложение 7/4 к Тарифному соглашению на 2021 год)

10. Установить особенности оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 85% стоимости КСГ;

Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию представлен в приложении 7/6 к Тарифному соглашению.

В случае если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивать в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 40% стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 50% стоимости КСГ;

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

При переводе пациента из дневного стационара в круглосуточный стационар

в пределах одной медицинской организации с заболеванием, относящимся к одному классу МКБ 10, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами для прерванных случаев, устанавливаемыми в Тарифном соглашении.

## VII. Диализ:

1. Базовый тариф на оплату гемодиализа по коду услуги A18.05.002 «Гемодиализ» установить в размере 5 949,00 рублей. Базовый тариф на оплату перитонеального диализа по коду услуги A18.30.001 «Перитонеальный диализ» установить в размере 4 790,00 рублей.

2. Установить тарифы на оплату услуг диализа с учетом изменения коэффициента дифференциации (приложение 16 к Тарифному соглашению на 2021 год).

## VIII. Медицинская помощь, финансируемая из средств межбюджетных трансфертов Челябинской области.

1. Установить способы оплаты медицинской помощи, оказываемой сверх базовой программы ОМС.

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

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу при оказании медицинской помощи сверх базовой программы ОМС в части проведения прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (гистологических исследований) при заборе материала в амбулаторных условиях, за исключением выявления онкологических заболеваний; при заборе материала в амбулаторных условиях и направлении на проведение иммуногистохимических исследований;

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу при оплате медицинской помощи сверх базовой программы ОМС в части проведения магнитно-резонансной томографии в амбулаторных условиях пациентам при подозрении на злокачественное новообразование, при наблюдении пациентов с новообразованиями;

- за единицу объема медицинской помощи - за обращение (законченный случай) при оказании дополнительных объемов амбулаторно-поликлинической помощи сверх базовой программы ОМС по решениям врачебной комиссии.

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

- за законченный случай лечения заболевания при оказании медицинской помощи сверх базовой программы ОМС взрослому застрахованному населению Челябинской области с социально значимыми заболеваниями, вызванными вирусом иммунодефицита человека, включая инфекционные заболевания на фоне ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита человека, в специализированном инфекционном отделении ФГБОУ ВО «Южно-Уральский

государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу при оказании медицинской помощи сверх базовой программы ОМС в части проведения прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (гистологических исследований) при заборе материала в стационарных условиях для исследования последствий в родильных отделениях;

- за законченный случай лечения заболевания при оказании высокотехнологичной медицинской помощи сверх базовой программы ОМС по профилям медицинской помощи «кардиология», «сердечно-сосудистая хирургия» больным с острым коронарным синдромом (баллонная вазодилатация), пароксизмальными нарушениями ритма и проводимости (имплантация кардиостимуляторов) в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения);

- за законченный случай лечения заболевания при оказании стационарной специализированной медицинской помощи сверх базовой программы ОМС пациентам с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями (плановая коронарография) по профилям медицинской помощи «кардиология», «сердечно-сосудистая хирургия».

2. Установить в рамках сверх базовой программы ОМС:

2.1. Тарифы на оплату параклинических медицинских услуг (приложение 9/7 к Тарифному соглашению на 2021 год).

2.2. Тарифы на оплату дополнительных объемов амбулаторной медицинской помощи по решениям врачебной комиссии (зубопротезирование) (приложение 10 к Тарифному соглашению на 2021 год).

2.3. Тариф на оплату медицинской помощи, оказанной по ОМС взрослому застрахованному населению Челябинской области с социально значимыми заболеваниями, вызванными вирусом иммунодефицита человека, включая инфекционные заболевания на фоне ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита человека, сверх базовой программы ОМС в круглосуточном стационаре «Инфекционные (ВИЧ)» за законченный случай лечения заболевания в размере 83 934,80 рублей.

2.4. Тариф на оплату стационарной специализированной медицинской помощи за законченный случай лечения заболевания, оказанной взрослому застрахованному населению с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями (плановая коронарография) сверх базовой программы ОМС «Сосудистой хирургии (плановая коронарография)», «Кардиологические (плановая коронарография)» в размере 25 610,42 рублей.

2.5. Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в раздел I приложения к Программе государственных гарантий на 2021 год, оказанной застрахованным лицам Челябинской области в рамках дополнительных объемов, установленных сверх базовой программы ОМС, в соответствии с приложением 17 к Тарифному соглашению на 2021 год.

2.6. Дополнительные тарифы сверх базовой программы ОМС на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной

недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии (приложение 19/2 к Тарифному соглашению на 2021 год).

3. Установить в рамках базовой программы ОМС:

- дополнительный тариф на оплату специализированной стационарной медицинской помощи, оказанной по профилю «медицинская реабилитация» для ГБУЗ «Челябинский областной центр реабилитации», ООО «Санаторий «Карагайский бор» в размере 3 510,65 рублей.

- дополнительный тариф на оплату специализированной стационарной медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» по КСГ st25.012.1 «Операции на сосудах (уровень 5)» по коду услуги A16.23.034.013 «Локальная эндоваскулярная трансартериальная тромбэкстракция» для ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3», АНО «Центральная клиническая медико-санитарная часть» в размере 562 500,00 рублей.

## IX. Прочие условия Тарифного соглашения

1. Тарифное соглашение составляется и подписывается в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр хранится в Министерстве здравоохранения Челябинской области, второй – в ТФОМС Челябинской области.

Другим сторонам, Тарифное соглашение направляется в отсканированном виде на электронные адреса.

## X. Разное с 01.01.2021:

1. Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества рассчитывать:

1.1. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях от базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

1.1.1. Для медицинских организаций Челябинской области (за исключением изложенных в пункте 1.1.2) – 2 530,28 рублей на год;

1.1.2. Для медицинских организаций, расположенных на территории ЗАТО, подведомственных ФМБА:

- «Клиническая больница № 71 ФМБА» г.Озерск, ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 15 ФМБА» г.Снежинск- 2 770,72 рублей на год;

- ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 72 ФМБА» г.Трехгорный – 2 610,43 рублей на год,

установленного на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

1.2. При оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации от базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации:

1.2.1. Для медицинских организаций Челябинской области (за исключением изложенных в пункте 1.2.2) - 828,62 рублей на год;

1.2.2. Для медицинских организаций, расположенных на территории ЗАТО, подведомственных ФМБА:

- «Клиническая больница № 71 ФМБА» г.Озерск, ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 15 ФМБА» г.Снежинск- 907,35 рублей на год;

- ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 72 ФМБА» г.Трехгорный - 854,86 рублей на год,

установленного на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля,

1.3. При оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара от подушевого норматива финансирования, установленного в соответствии с территориальной программой на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля.

2. Установить уровни медицинским организациям:

2.1 Включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в 2021 году:

п/п	Наименование медицинской организации	од МО	Уро вень МО
1	2	3	4
1	Общество с ограниченной ответственностью "ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КЛИНИКА ПОИСК"	801	1
2	Общество с ограниченной ответственностью "Торгово-производственное объединение "Оптика Перспектива"	802	1
3	Общество с ограниченной ответственностью "Град"	754	1
4	Общество с ограниченной ответственностью "Демидов"	755	1
5	Общество с ограниченной ответственностью "МиассМедцентр"	803	1
6	Общество с ограниченной ответственностью Медицинское предприятие "Санта"	805	1
7	Общество с ограниченной ответственностью "Кристалл"	797	1
8	Общество с ограниченной ответственностью МЦ «Наркомед плюс»	804	1
9	Общество с ограниченной ответственностью "Демидова"	806	1

2.2. Не указанным в пункте 2.1 – действующие уровни на конец 2020 года.

3. Рассмотреть вопросы:

3.1. Установления тарифов на следующие услуги диализа для осуществления дополнительной оплаты услуг к стоимости КСГ при некоторых заболеваниях (за исключением ХБП 5 ст.):

- А18.05.001.004 каскадная плазмофильтрация;
- А18.05.006.001 Селективная гемосорбция липополисахаридов;
- А18.05.001.001 Плазмообмен;

(Обращения МАУЗ ОЗП ГKB № 8 от 02.09.2020 № 2629, ГБУЗ ОКБ № 3 от 14.12.2020 № 5836)

3.2. Увеличения тарифа на заместительную почечную терапию методом гемодиализа на 2021 год.

(Обращение МООНП "НЕФРО-ЛИГА" 01.10.2020 № 25)

Комиссия приняла единогласное решение:

1. Утвердить проект Тарифного соглашения на 2021 год и вынести его на рассмотрение сторон, подписывающих Тарифное соглашение.

2. Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2019 № 822-ОМС, а также Дополнительные соглашения к нему, считать утратившими силу с 01.01.2021.

3. По пункту 3 раздела X предложения отклонить.

### **По третьему вопросу** повестки заседания Комиссии «Разное»

Министром здравоохранения Челябинской области Семеновым Ю.А. до членов Комиссии доведена информация о внесении дополнений в проект постановления Правительства Челябинской области «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» (далее – проект Территориальной программы ОМС на 2021 и на плановый период 2022 и 2023 годов), утвержденный решением Комиссии от 21.12.2020.

В ходе согласования в Правительстве Челябинской области проекта Территориальной программы ОМС на 2021 и на плановый период 2022 и 2023 годов внесены дополнения:

- в соответствии с постановлением Губернатора Челябинской области от 28.12.2020 № 318 «Об установлении иного срока подачи уведомления о включении медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в 2021 году» в Приложении 4 пункт 18 «Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная психоневрологическая больница № 5» в графе «медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования» поставлена отметка «+».

- перечень медицинских организаций по проведению магнитно-резонансной томографии в амбулаторных условиях пациентам при подозрении на

злокачественное новообразование, при наблюдении пациентов с новообразованиями дополнен следующими медицинскими организациями: ООО «Здоровье», ООО «Центр семейной медицины «Созвездие», ООО «Эм Эр Ай Клиник», ГАУЗ «Центр охраны материнства и детства г. Магнитогорск», ООО «Медицина плюс», ФГБУЗ Медико-санитарная часть № 72 ФМБА России, МАУЗ Детская городская клиническая больница № 8, ООО «ЛДЦ МИБС-Челябинск», ООО МДЦ «Луч», ООО «МРТ-Эксперт Челябинск», ООО «Парк-мед», ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», ООО «ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КЛИНИКА ПОИСК», ООО «Град».



Подписи членов Комиссии к протоколу Комиссии от 30.12.2020 № 14

Председатель Комиссии:

Министр здравоохранения Челябинской области

Ю.А. Семенов

Члены Комиссии:

Председатель Союза медицинского сообщества  
«Медицинская палата Челябинской области»

Д.Ш. Альтман

Главный специалист по социально-экономическим вопросам  
Челябинской областной организации Профессиоанального  
союза работников здравоохранения Российской Федерации

В.Н. Кинихина

Председатель Челябинской областной  
организации Профессиоанального союза  
работников здравоохранения Российской Федерации

Н.П. Ковальчук

Исполнительный директор по медицинским проектам,  
связям с государственными органами и обеспечению бизнеса  
ООО Страховая медицинская компания  
«АСТРА-МЕТАЛЛ»

А.А. Ковтун

Директор Челябинского филиала  
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»,  
Полномочный представитель Всероссийского Союза  
страховщиков по медицинскому страхованию  
в Челябинской области

Я.А. Коноваленко

Главный врач Государственного бюджетного учреждения  
здравоохранения «Областная клиническая больница № 2»

С.А. Михайлова

Член Союза медицинского сообщества  
«Медицинская палата Челябинской области»

М.Г. Москвичева

Первый заместитель Министра  
здравоохранения Челябинской области

В.В. Сахарова

Директор территориального фонда  
обязательного медицинского страхования  
Челябинской области

А.Г. Ткачева

Главный врач Негосударственного учреждения  
здравоохранения «Дорожная клиническая больница  
на станции Челябинск открытого акционерного общества  
«Российские железные дороги»

А.П. Царев

Секретарь Комиссии:

Заместитель директора по финансовым вопросам  
территориального фонда обязательного  
медицинского страхования Челябинской области

Н.Ю. Миронова