

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ НА 2022 ГОД

І. Общие положения

1.1. Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на 2022 год заключено между департаментом здравоохранения Воронежской области, департаментом финансов Воронежской области, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Воронежской области, страховыми медицинскими организациями, Союзом медицинского сообщества «Ассоциация работников здравоохранения Воронежской области» и Воронежской областной организацией профсоюза работников здравоохранения РФ, включенными в состав комиссии, созданной постановлением правительства Воронежской области от 13.09.2011 № 802 «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования».

1.2. Настоящее Тарифное соглашение разработано в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29.11.2010 № 326 - ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утверждённой постановлением Правительства РФ от 28.12.2021 № 2505, Правилами обязательного медицинского страхования, утверждёнными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н (далее – Правила обязательного медицинского страхования), приказом Минздрава России от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, разработанными рабочей группой Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, направленными письмом Минздрава России №11-7/И/2-20691 от 30.12.2020 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 00-10-26-2-04/11-51 от 30.12.2020 (далее – Методические рекомендации).

1.3. Предметом настоящего Тарифного соглашения является установление способов оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным по обязательному медицинскому страхованию лицам, и применяемых на территории Воронежской области тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, их состава и структуры, размеров неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также размеров штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

1.4. Настоящее Тарифное соглашение является обязательным для исполнения всеми участниками системы обязательного медицинского страхования Воронежской области и распространяется на все медицинские организации, участвующие в выполнении территориальной программы обязательного медицинского страхования, независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности.

ІІ. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории Воронежской области

На территории Воронежской области при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты:

2.1. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай), при оплате:

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

б) медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

в) медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

г) 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

д) углубленной диспансеризации;

2.1.2. по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации (фельдшерский пункт, фельдшерско-акушерский пункт).

Способы оплаты амбулаторной медицинской помощи в разрезе медицинских организаций Воронежской области, осуществляющих деятельность в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2022 году, устанавливаются согласно приложению 1.

2.2. При оказании медицинской помощи в условиях стационара, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

2.2.1. за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний);

2.2.2. за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации

в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в таблице № 5;

Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2022 году, по уровням оказания медицинской помощи устанавливается согласно приложению 5.

2.3. При оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в таблице № 7.

Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2022 году, устанавливается согласно приложению 6.

2.4. При оказании скорой 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):

- по подушевому нормативу финансирования;

- за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации (за исключением санитарно-авиационной эвакуации) в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2022 году, устанавливается согласно приложению 7.

III. Тарифы на оплату медицинской помощи

3.1. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях

Средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Воронежской области (FO_{CP}^{AMB}), в расчете на 1 застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 2022 год составляет 5 245,6 рублей.

3.1.1. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключающего влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи (включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров и 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, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, и оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (Pr_{AMB}) – 0,45275.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц на 2022 год ($ПН_{баз}$) – 2 374,95 рубля, в том числе в расчете на месяц – 197,91 рубля.

В подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи включается объем амбулаторной помощи, оказываемой:

- при проведении профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (1 и 2 этапы), в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» за исключением углубленной диспансеризации, от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью», за исключением проведения углубленной диспансеризации.

Проведение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения при выездах мобильных медицинских комплексов, мобильными медицинскими бригадами;

- участковой службой (врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами);

- врачами-специалистами;

- оказание стоматологической медицинской помощи;

- оказание неотложной медицинской помощи, в том числе в травматологических пунктах и приемных отделениях стационаров без последующей госпитализации;

- в здравпунктах;
- прививочная работа (за исключением проведения антирабических прививок);
- осмотр контактных;
- второе и последующие посещения центров здоровья с целью динамического наблюдения;
- диспансерное наблюдение;
- проведение диагностических исследований (за исключением проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований);
- проведение лабораторных исследований (за исключением проведения 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));
- расходы на дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования;
- дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой.

В подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи не включаются расходы на:

- финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов;
- проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований;
- проведение молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;
- проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);
- посещение центров здоровья (комплексное обследование 1 раз в год, первое посещение с целью динамического наблюдения);
- посещение консультативно-диагностических центров неприкрепленными застрахованными лицами;
- посещение центров амбулаторной онкологической помощи;
- посещения при выездах мобильных медицинских комплексов (мобильных медицинских бригад) для оказания медицинской помощи неприкрепленным застрахованным лицам;
- прививочная работа при проведении антирабических прививок;
- оказание стоматологической медицинской помощи в медицинских организациях, являющимися самостоятельными юридическими лицами, и не оказывающими медицинскую помощь по иным врачебным специальностям;
- оказание неотложной медицинской помощи, в том числе в травматологических пунктах и приемных отделениях стационаров без последующей госпитализации в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения;
- консультативный прием в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения;
- медицинскую реабилитацию, проводимую в специализированных реабилитационных отделениях;
- проведение заместительной почечной терапии методом гемодиализа и перитонеального диализа в амбулаторных условиях;
- прием врача-гериатра с проведением комплексной оценки пациентов старше 65 лет;
- лабораторный контроль за терапией иммуносупрессантами;

- проведение углубленной диспансеризации, включающей исследования и иные медицинские вмешательства по перечню, установленному приложением № 2 к постановлению Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505.

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы для медицинских организаций ($ДП_{н_i}$) по следующей формуле:

$$ДП_{н_i} = \Phi O_{CP}^{АМБ} * Пр_{АМБ} * КС_{мо}^i * КУ_{мо}^i * КД_{от}^i, \text{ где}$$

$КС_{мо}^i$ - коэффициент специфики оказания медицинской помощи.

Коэффициент специфики определяется в зависимости от уровня (подуровня) медицинской организации. При расчете коэффициентов специфики оказания медицинской помощи учитывается половозрастной состав населения в виде половозрастных коэффициентов дифференциации.

$КД_{от}^i$ - коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдельных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тыс. человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

$КУ_{мо}^i$ - коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), для i -той медицинской организации.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи учитывают различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры населения и рассчитываются в соответствии с пунктом 2.5. раздела II. «Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи, в том числе на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц» Методических рекомендаций.

На 2022 год устанавливаются следующие половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи:

Таблица 1.

Половозрастные группы	Женщины	Мужчины
от 0 до 1 года	1,096	1,136
от 1 года до 4 лет	1,839	1,882
от 5 до 17 лет	1,430	1,418
от 18 до 64 лет	1,046	0,581
65 лет и старше	1,600	1,600

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 ($КД_{от}^i$) определяется исходя из расположения обслуживаемых территорий в 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.

В случае, если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации (KD_{OT}^i), объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения согласно пункту 2.6. раздела II. «Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи, в том числе на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц» Методических рекомендаций.

Перечень медицинских организаций и их структурных подразделений, для которых применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала на 2022 год, устанавливается согласно приложению 8.

Значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), для i -той медицинской организации (KU_{mo}^i) определяется согласно пункту 2.7. раздела II. «Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи, в том числе на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц» Методических рекомендаций.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{\Phi O_{CP}^{AMB} * Pr_{AMB} * Ч_3}{\sum_i (\Phi O_{CP}^{AMB} * Pr_{AMB} * KC_{mo}^i * KD_{OT}^i * Ч_3^i)}$$

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i -той медицинской организаций ($\Phi ДПн^i$) рассчитывается по формуле:

$$\Phi ДПн^i = ДПн^i * ПК$$

Значение коэффициента специфики оказания медицинской помощи, коэффициента уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций устанавливается согласно приложению 9.

Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций

Размер финансового обеспечения по подушевому нормативу ($OC_{пн}$) медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, определяется по следующей формуле:

$$OC_{пн} = \Phi ДПн_i * Ч_3^i * (1 - D_{рд}) + OC_{рд}, \text{ где}$$

$D_{рд}$ - доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, принимается равной 0,05.

$ОС_{РД}$ - размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей.

Страховые медицинские организации ежемесячно резервируют 5,0 % от суммы средств по дифференцированным подушевым нормативам на осуществление выплат медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности медицинских организаций.

Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций и расчет суммы стимулирующих выплат осуществляется ТФОМС по итогам работы за месяц, квартал, год.

Расчет суммы стимулирующих выплат утверждается Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Таблица 2.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, применяемых при осуществлении выплат медицинским организациям, имеющим прикрепленное население

Показатели	Единица измерения	Порядок расчета	Значение показателя	Период оценки
1. Показатели результативности				
1.1. Доля обоснованных жалоб пациентов на работу медицинской организации	Менее 5%	Кол-во обоснованных жалоб пациентов на работу медицинской организации за отчетный период (поступившие в ТФОМС, СМО) $\frac{\text{Кол-во обоснованных жалоб}}{\text{Общее количество жалоб за отчетный период (поступившие в ТФОМС, СМО)}} \times 100 \%$	- < 5 % - 2 балла; - ≥ 5 % - 0 баллов	1 раз в месяц
1.2. Частота вызовов скорой медицинской помощи прикрепленному населению	Ед. на 10 тыс. прикрепленного населения	Кол-во вызовов скорой медицинской помощи прикрепленным населением за отчетный период $\frac{\text{Кол-во вызовов}}{\text{Количество прикрепленного населения}} \times 10000$	Оценивается соотношение показателя МО к утвержденному нормативу вызовов СМП на 1 застрахованного Среднемесячный показатель вызовов > установленного - 0 баллов, $\leq$ установленного - 1 балл.	1 раз в месяц
1.3. Уровень госпитализации прикрепленного населения от общей численности прикрепленного населения	Число госпитализаций на 1000 прикрепленного населения	Кол-во госпитализаций прикрепленного населения за отчетный период $\frac{\text{Кол-во госпитализаций}}{\text{Количество прикрепленного населения}} \times 1000$	Соотношение показателя МО к среднеобластному значению. $\geq$ среднеобл. - 0 баллов, < среднеобл. - 1 балл.	1 раз в месяц
1.4. Доля экстренных госпитализаций в общем объеме	%	Кол-во экстренных госпитализаций прикрепленного населения за отчетный период $\frac{\text{Кол-во экстренных госпитализаций}}{\text{Общий объем госпитализаций}} \times 100 \%$	Соотношение показателя МО к среднеобластному значению.	1 раз в месяц

Показатели	Единица измерения	Порядок расчета	Значение показателя	Период оценки
госпитализаций прикрепленного населения		Общий объем госпитализаций прикрепленного населения за отчетный период	$\geq$ среднеобл. - 0 баллов, < среднеобл. - 1 балл.	
1.5. Доля пациентов с впервые установленной III-IV стадией злокачественных новообразований всех локализаций в общем числе пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования	< 50 %	Кол-во пациентов с впервые установленной III-IV стадией злокачественных новообразований за отчетный период $\frac{\text{Кол-во пациентов с впервые установленной III-IV стадией злокачественных новообразований за отчетный период}}{\text{Общее число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования за отчетный период}} \times 100 \%$	- < 50 % - 2 балла; - $\geq 50\%$ - 0 баллов	1 раз в месяц
1.6. Доля пациентов с впервые установленной I- II стадией злокачественных новообразований всех локализаций в общем числе пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования	> 50 %	Кол-во пациентов с впервые установленной I- II стадией злокачественных новообразований за отчетный период $\frac{\text{Кол-во пациентов с впервые установленной I- II стадией злокачественных новообразований за отчетный период}}{\text{Общее число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования за отчетный период}} \times 100 \%$	- $\geq 50\%$ - 2 балла; - < 50% - 0 баллов	1 раз в месяц
1.7. Уровень заболевания инфарктом	Число случаев на 1 тыс. лиц трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет), среди прикрепленного населения	Кол-во госпитализаций прикрепленного населения трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет) с инфарктом за отчетный период с начала года $\frac{\text{Кол-во госпитализаций прикрепленного населения трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет) с инфарктом за отчетный период с начала года}}{\text{Количество прикрепленного населения трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет)}} \times 1000$	Соотношение показателя МО к среднеобластному значению. $\geq$ среднеобл. - 0 баллов, < среднеобл. - 1 балл.	Квартал, год
1.8. Уровень заболевания инсультом	Число случаев на 1 тыс. лиц трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет), среди прикрепленного населения	Кол-во госпитализаций прикрепленного населения трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет) с инсультом за отчетный период с начала года $\frac{\text{Кол-во госпитализаций прикрепленного населения трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет) с инсультом за отчетный период с начала года}}{\text{Количество прикрепленного населения трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет)}} \times 1000$	Соотношение показателя МО к среднеобластному значению. $\geq$ среднеобл. - 0 баллов, < среднеобл. - 1 балл.	Квартал, год
1.9. Уровень госпитализаций по причине сахарный	Число случаев на 1 тыс. лиц	Кол-во госпитализаций прикрепленного населения трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет)	Соотношение показателя МО к среднеобластному	Квартал, год

Показатели	Единица измерения	Порядок расчета	Значение показателя	Период оценки
диабет	прикрепленного населения	по причине сахарный диабет (коды МКБ-10 E10-E14, G59.0, G63.2) за отчетный период с начала года $\frac{\text{Количество прикрепленного населения трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет)}}{\text{...}} \times 1000$	значению. $\geq$ среднеобл. - 0 баллов, $<$ среднеобл. - 1 балл.	
1.10. Доля посещений по заболеваниям, осуществленным в неотложной форме, от общего числа посещений по заболеваниям	%	Кол-во посещений в неотложной форме за отчетный период $\frac{\text{Общий объем посещений по заболеваниям (цели 1, 9, 10, 15, 22, 36, 52, 30, 301) за отчетный период}}{\text{...}} \times 100 \%$	Соотношение показателя МО к среднеобластному значению. $\geq$ среднеобл. - 0 баллов, $<$ среднеобл. - 1 балл.	1 раз в месяц
1.11. Исполнение объемов проведения профилактических осмотров взрослого населения, установленных Комиссией по разработке ТПОМС	%	Фактическое количество комплексных посещений с целью проведения профилактического осмотра взрослого населения за отчетный период с начала года $\frac{\text{Утвержденное количество комплексных посещений с целью проведения профилактического осмотра взрослого населения за отчетный период с начала года}}{\text{...}} \times 100 \%$	80 и более - 2 балла, - 79 - 50 % - 1 балл, - < 50 % - 0 баллов	1 раз в месяц
1.12. Исполнение объемов проведения диспансеризации взрослого населения, установленных Комиссией по разработке ТПОМС	%	Фактическое количество комплексных посещений с целью проведения диспансеризации взрослого населения за отчетный период с начала года $\frac{\text{Утвержденное количество комплексных посещений с целью проведения диспансеризации взрослого населения за отчетный период с начала года}}{\text{...}} \times 100 \%$	80 и более - 2 балла, - 79 - 50 % - 1 балл, - < 50 % - 0 баллов	1 раз в месяц
1.13. Исполнение объемов проведения профилактических осмотров несовершеннолетних, установленных Комиссией по разработке ТПОМС	%	Фактическое количество комплексных посещений с целью проведения профилактических осмотров несовершеннолетних за отчетный период с начала года $\frac{\text{Утвержденное количество комплексных посещений с целью проведения профилактических осмотров несовершеннолетних за отчетный период с начала года}}{\text{...}} \times 100 \%$	80 и более - 2 балла, - 79 - 50 % - 1 балл, - < 50 % - 0 баллов	1 раз в месяц
1.14. Исполнение объемов посещений с иными целями, установленных Комиссией по разработке ТПОМС	%	Фактическое количество посещений с иными целями за отчетный период $\frac{\text{Утвержденное количество посещений с иными целями за отчетный период}}{\text{...}} \times 100 \%$	- 90 и более - 2 балла, - 75 - 89 % - 1 балл, - < 75 % - 0 баллов	1 раз в месяц
1.15. Исполнение объемов обращений в связи с заболеваниями, установленных	%	Фактическое количество обращений в связи с заболеваниями за отчетный период $\frac{\text{Утвержденное количество обращений в связи с заболеваниями за отчетный период}}{\text{...}} \times 100 \%$	- 90 и более - 2 балла, - 89-75 % - 1 балл, - < 75 % - 0 баллов	1 раз в месяц

Показатели	Единица измерения	Порядок расчета	Значение показателя	Период оценки
Комиссией по разработке ТПОМС				
1.16. Исполнение объемов посещений в неотложной форме, установленных Комиссией по разработке ТПОМС	%	Фактическое количество посещений в неотложной форме за отчетный период $\frac{\text{Фактическое количество посещений в неотложной форме за отчетный период}}{\text{Утвержденное количество посещений в неотложной форме за отчетный период}} \times 100 \%$	- 90 и более - 2 балла, - 89-75 % - 1 балл, - < 75 % - 0 баллов	1 раз в месяц
2. Показатели интенсивности				
2.1. Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения из подлежащего диспансеризации в текущем году	80% от подлежащих	Кол-во случаев II-го этапа диспансеризации опр. гр. взр. нас., принятых к оплате за отчетный период с начала года $\frac{\text{Кол-во случаев II-го этапа диспансеризации опр. гр. взр. нас., принятых к оплате за отчетный период с начала года}}{\text{Общее количество законченных случаев диспансеризации опр. гр. взр. нас. за отчетный период с начала года}} \times 100 \%$	-80% и более – 2 балла, -79- 60 % - 1 балл, - < 60 % - 0 баллов	Квартал, год
2.2. Доля пациентов, охваченных диспансерным наблюдением из числа подлежащих	100% от подлежащих	Фактическое количество посещений с диспансерным наблюдением за отчетный период (первое посещение) $\frac{\text{Фактическое количество посещений с диспансерным наблюдением за отчетный период (первое посещение)}}{\text{Запланированное количество лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в отчетном периоде}} \times 100 \%$	80% и более – 2 балла, < 80 % - 0 баллов	1 раз в месяц
2.3. Доля посещений с профилактической целью от общего количества посещений	Не менее 50%	Кол-во посещений с профилактической целью за отчетный период (цели 7, 9, 13, 14, 140, 64, 640, диспансеризация и проф. осмотры) $\frac{\text{Кол-во посещений с профилактической целью за отчетный период (цели 7, 9, 13, 14, 140, 64, 640, диспансеризация и проф. осмотры)}}{\text{Общий объем посещений за отчетный период (цели 1, 7, 9, 10, 13, 14, 140, 15, 22, 36, 52, 30, 301, 3, 64, 640, диспансеризация и проф. осмотры)}} \times 100 \%$	- ≥50 % -2 балла; - <50 % - 0 баллов	1 раз в месяц
2.4. Количество посещений на 1000 человек прикрепленного населения	Ед.	Кол-во посещений к врачам в поликлинике за отчетный период (цели 1, 7, 9, 10, 15, 22, 36, 52, 30, 301, 3, 64, 640, диспансеризация и проф. осмотры) $\frac{\text{Кол-во посещений к врачам в поликлинике за отчетный период (цели 1, 7, 9, 10, 15, 22, 36, 52, 30, 301, 3, 64, 640, диспансеризация и проф. осмотры)}}{\text{Количество прикрепленного населения}} \times 1000$	Соотношение показателя МО к среднеобластному значению. ≥ среднеobl. - 2 балла, < среднеobl. - 0 баллов.	1 раз в месяц

Оценка результативности деятельности медицинских организаций осуществляется в следующем порядке:

1. Производится оценка каждого показателя результативности в разрезе медицинских организаций.
2. Рассчитывается итоговая оценка деятельности медицинской организации как среднее арифметическое показателей результативности.
3. Определяется итоговый среднеобластной показатель результативности деятельности медицинских организаций.

4. Средние итоговые показатели результативности по каждой медицинской организации сравниваются со среднеобластным показателем.

5. В случае, если итоговый показатель результативности медицинской организации равен или выше среднеобластного показателя медицинская организация получает 100 % от суммы средств, удержанной страховыми медицинскими организациями из подушевого финансирования данной медицинской организации за отчетный период.

6. В случае, если итоговый показатель результативности медицинской организации ниже среднеобластного показателя, медицинская организация получает 90 % от суммы средств, удержанной страховыми медицинскими организациями из подушевого финансирования данной медицинской организации.

Суммарный остаток средств направляется на дополнительное финансирование медицинских организаций, по которым итоговый показатель результативности равен или выше среднеобластного показателя. Дополнительные средства распределяются между медицинскими организациями пропорционально количеству набранных баллов.

7. Размер средств, получаемых каждой медицинской организацией за достижение показателей результативности деятельности, распределяется между страховыми медицинскими организациями пропорционально численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации.

Медицинские организации, включенные в систему подушевого финансирования амбулаторной помощи, ежемесячно формируют и представляют в страховые медицинские организации счета и реестры счетов за оказанную медицинскую помощь.

Межучрежденческие расчеты осуществляются через страховые медицинские организации.

Страховая медицинская организация рассчитывает объем средств, подлежащий перечислению в i -ой медицинскую организацию ($OP_{АПФ}^i$) с учетом расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях, по формуле:

$$OP_{АПФ}^i = OC_{ПН}^i - \sum sc1 + \sum sc2, \text{ где}$$

$\sum sc1$ – сумма принятых к оплате счетов других медицинских организаций за оказанную медицинскую помощь застрахованным гражданам, прикрепленным к i -той медицинской организации;

$\sum sc2$ – сумма принятых к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь застрахованным гражданам i -той медицинской организации, прикрепленным к другим медицинским организациям;

В сумме принятых к оплате счетов ($\sum sc1, \sum sc2$) учитываются межучрежденческие взаиморасчеты:

- посещения (кроме посещений в неотложной форме и консультативных посещений в медицинских организациях, поименованных в приложении 1) и обращения в связи с заболеваниями к врачам-гинекологам;

- обращения в связи с заболеваниями к врачу аллергологу-иммунологу городского аллергологического центра, созданного на базе БУЗ ВО «ВГП № 10», неприкрепленного к БУЗ ВО «ВГП № 10» детского населения;

- обращения в связи с заболеваниями к врачу травматологу-ортопеду или детскому хирургу травматологического пункта БУЗ ВО «ОДКБ № 2»;

- разовые посещения с лечебно-диагностической целью и обращения в связи с заболеваниями к врачам БУЗ ВО «ВОКБ № 1»;

- проведение прививочной работы неприкрепленным застрахованным лицам;

- проведение лабораторных исследований (за исключением проведения 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));

- проведение диагностических исследований (за исключением проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований);

- расходы на дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования;

- проведение дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой.

3.1.2. Оплата по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации (фельдшерский пункт, фельдшерско-акушерский пункт).

Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Минздравом России, устанавливается на 2022 год в следующих размерах:

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей, - 326,3 тыс. рубля,

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, - 1 087,7 тыс. рублей,

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, - 1 723,1 тыс. рубля,

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, - 1 934,9 тыс. рублей;

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий более 2000 жителей, - 1 934,9 тыс. рублей.

Размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i -той медицинской организации ($OC_{ФАП}^i$), рассчитывается следующим по формуле:

$$OC_{ФАП}^i = \sum_n (Ч_{ФАП}^n \times БНФ_{ФАП}^n \times КС_{БНФ}^n), \text{ где:}$$

$Ч_{ФАП}^n$ - число фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n -го типа;

$БНФ_{ФАП}^n$ - базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций (фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) n -го типа;

$КС_{БНФ}^n$ - коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Минздравом России.

Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов с численностью обслуживаемого населения и размером норматива финансовых затрат, значение коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат, устанавливаются в соответствии с приложением 3.

3.1.3. Оплата за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай).

Для медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения, а также при оказании медицинской помощи застрахованным другим субъектам Российской Федерации, оплата оказанной амбулаторной медицинской помощи осуществляется по тарифам за единицу объема медицинской помощи (посещение, обращение (законченный случай)).

Кроме того, за единицу объема медицинской помощи оплачиваются расходы медицинских организаций, не включенные в подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи:

- проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований;
- проведение молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;
- проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);
- посещение центров здоровья (комплексное обследование 1 раз в год, первое посещение с целью динамического наблюдения);
- посещение консультативно-диагностических центров неприкрепленными застрахованными лицами;
- посещение центров амбулаторной онкологической помощи;
- посещения при выездах мобильных медицинских комплексов (мобильных медицинских бригад) для оказания медицинской помощи неприкрепленным застрахованным лицам;
- прививочная работа при проведении антирабических прививок;
- оказание стоматологической медицинской помощи в медицинских организациях, являющимися самостоятельными юридическими лицами, и не оказывающими медицинскую помощь по иным врачебным специальностям;
- оказание неотложной медицинской помощи, в том числе в травматологических пунктах и приемных отделениях стационаров без последующей госпитализации в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения;
- консультативный прием в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения;
- медицинскую реабилитацию, проводимую в специализированных реабилитационных отделениях;
- проведение заместительной почечной терапии методом гемодиализа и перитонеального диализа в амбулаторных условиях;
- прием врача-гериатра с проведением комплексной оценки пациентов старше 65 лет;
- лабораторный контроль за терапией иммуносупрессантами;
- проведение углубленной диспансеризации.

3.1.3.1. Тариф за единицу объема ($T_{АП_n}^J$) на оплату посещений с профилактической и иными целями (включая посещения с консультативной целью), обращений по поводу заболевания осуществляется по формуле:

$$T_{АП_n}^J = НФЗ_{АП_n} * KЗ_{АП}^J * КУ_{АП}^i, \text{ где}$$

$НФЗ_{АП_n}$ - базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи для единицы объема медицинской помощи;

$KЗ_{АП}^J$ - коэффициент, применяемый для определения стоимости посещений (обращений);

KU_{AP}^i - коэффициент уровня оказания медицинской помощи для i-той медицинской организации (приложение № 2).

Базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях при посещениях с профилактической и иными целями, включая посещения с консультативной целью, устанавливается равным 602,2 рубля.

Для расчета стоимости посещений к базовому тарифу применяются коэффициенты стоимости посещения с учетом специальности врача, согласно приложению 10.

В случае оказания медицинской помощи на дому к стоимости посещения применяется повышающий коэффициент равный 1,1.

Базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях при обращениях в связи с заболеваниями (законченных случаев лечения заболевания с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2) устанавливается равным 1587,9 рублей.

Для расчета стоимости обращений в связи с заболеваниями к базовому тарифу применяются коэффициенты стоимости обращения с учетом специальности врача согласно приложению 12.

Округление стоимости посещений (обращений) производится по правилам математического округления до двух знаков после запятой.

3.1.3.2. Оплата медицинской помощи в неотложной форме, в том числе на дому, в травматологических пунктах и приемных отделениях стационаров без последующей госпитализации, кабинетах неотложной помощи осуществляется по тарифу за посещение по неотложной помощи:

$$T_{НЕОТ}^j = НФЗ_{НЕОТ} * KЗ_{неот}^j, \text{ где}$$

$НФЗ_{НЕОТ}$ - базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме;

$KЗ_{НЕОТ}^j$ - относительный коэффициент стоимости j-той единицы медицинской помощи в неотложной форме.

Базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме устанавливается равным 655,5 рублей.

Для расчета стоимости посещений в неотложной форме к базовому тарифу применяются коэффициенты стоимости согласно приложению 11.

Округление стоимости посещений производится по правилам математического округления до двух знаков после запятой.

3.1.3.3. Для расчета стоимости проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, для которых территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования установлены отдельные нормативы (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, проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)) к базовому нормативу финансовых затрат применяются коэффициенты стоимости согласно приложению 26.

Установить базовые нормативы финансовых затрат на проведение одного исследования:

- компьютерной томографии – 2 542,0 рубля;

- магнитно-резонансной томографии – 3 575,0 рублей;
- ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы - 492,1 рубля;
- эндоскопического диагностического исследования - 923,3 рубля;
- молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – 8 174,2 рубля;
- патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2021,3 рубля;
- тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 600,5 рублей.

Округление стоимости исследований производится по правилам математического округления до двух знаков после запятой

3.1.3.4. Оплата медицинской помощи, оказанной в центре здоровья, осуществляется за законченный случай проведения комплексного обследования при первичном обращении и за посещение при динамическом наблюдении по тарифам согласно приложению 20.

3.1.3.5. Оплата медицинской помощи, оказанной в консультативно-диагностических центрах неприкрепленным застрахованным лицам, центрах амбулаторной онкологической помощи осуществляется по тарифу за посещение согласно приложению 20.

3.1.3.6. Оплата стоматологической медицинской помощи при профилактических посещениях и обращениях по поводу заболевания осуществляется по условным единицам трудоемкости (УЕТ). Стоимость 1 УЕТ устанавливается равной 158,91 рублей.

Классификатор медицинских услуг, оказываемых по стоматологии в медицинских организациях Воронежской области в объеме территориальной программы ОМС, устанавливается приложением 29 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.3.7. Оплата медицинской помощи, оказываемой при консультативном приеме в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения, осуществляется по тарифу за посещение к врачу определенной специальности в соответствии с приложением 10.

Оплата диагностических исследований, выполняемых в рамках консультативного приема, на которые установлены тарифы, осуществляется дополнительно по тарифу на 1 исследование.

При этом стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг прибавляется к стоимости консультативного посещения.

Перечень медицинских организаций Воронежской области, осуществляющих консультативный прием в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2022 году, устанавливается согласно приложению 1.

3.1.3.8. Оплата медицинской реабилитации в специализированных реабилитационных отделениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях, осуществляется за законченный случай медицинской реабилитации согласно приложению 20.

3.1.3.9. Медицинские услуги, связанные с проведением заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа, оплачиваются по тарифу за услугу диализа.

Базовые тарифы на оплату гемодиализа (код услуги A18.05.002 «Гемодиализ») и перитонеального диализа (код услуги A18.30.001 «Перитонеальный диализ») устанавливаются равными 5 778,0 рублей.

Для расчета стоимости остальных услуг диализа, оказываемых на территории Воронежской области, к базовому тарифу применяются коэффициенты относительной затратоемкости, представленные в приложении 23.

Округление стоимости услуг диализа производится по правилам математического округления до целого значения (до рублей).

3.1.3.10. Оплата посещений врача-гериатра, в том числе для проведения комплексной оценки пациентов старше 65 лет осуществляется по тарифу за 1 комплексное обследование согласно приложению 20.

3.1.3.11. Тарифы на дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования, проведение дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой, прививочную работу устанавливаются приложением 20.

3.1.3.12. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, при межучрежденческих и межтерриториальных расчетах осуществляется согласно приложениям 13-17.

Базовый норматив финансовых затрат на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров устанавливается равным 2 015,9 рублей.

Для расчета стоимости профилактического медицинского осмотра к базовому тарифу применяются коэффициенты стоимости, дифференцированные по полу и возрасту, согласно приложениям 15-16.

Базовый норматив финансовых затрат на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний, устанавливается равным 2 492,5 рублей.

Для расчета стоимости диспансеризации к базовому нормативу применяются коэффициенты стоимости, дифференцированные по полу и возрасту, согласно приложениям 13-14.

Базовый норматив финансовых затрат на 1 комплексное посещение для проведения углубленной диспансеризации устанавливается равным 1 017,5 рублей.

Для расчета стоимости углубленной диспансеризации (1 и 2 этапы) к базовому нормативу применяются коэффициенты стоимости согласно приложению 31.

Округление стоимости профилактического медицинского осмотра (диспансеризации) производится по правилам математического округления до двух знаков после запятой.

Проведение второго этапа диспансеризации, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних представляется по тарифам за посещение.

В случае проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, в выходные дни и (или) использования для проведения профилактических осмотров и диспансеризации мобильных медицинских бригад применяется повышающий коэффициент к тарифам в размере 1,05.

При невозможности выполнения в медицинской организации в рамках проведения II этапа углубленной диспансеризации взрослого населения эхокардиографии, компьютерной томографии лёгких, дуплексного сканирования вен нижних конечностей, и направлении пациентов в иные медицинские организации в соответствии с маршрутизацией, установленной департаментом здравоохранения Воронежской области, оплата проведенных диагностических исследований осуществляется в порядке межучрежденческих взаиморасчетов по тарифам согласно приложению 31.

3.1.3.13. В случае оказания медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами (комплексами) применяется повышающий коэффициент к тарифам на посещения, обращения, медицинские услуги в размере 1,05.

3.2. При оказании медицинской помощи в условиях стационара

Средний норматив финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях ($НФЗ_{стат}$) составляет 37 426,0 рублей.

Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях к базовой ставке, исключаяющей влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента сложности лечения пациентов (КП) устанавливается равным 65% от значения норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях.

Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка) в стационарных условиях, включенного в КСГ, на 2022 год устанавливается в размере 24 326,90 рублей.

Перечень групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ, при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях устанавливается согласно разделу I приложения 4.

Значения коэффициента относительной затратоемкости оказания медицинской помощи по КСГ, применяемых при оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) ($КЗ_{КСГ}$) устанавливаются согласно приложению 22.

Отнесение случаев лечения к соответствующей КСГ осуществляются в соответствии с правилами, установленными Методическими рекомендациями.

3.2.1. Оплата законченных случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях длительностью более 3 дней осуществляется в размере 100,0 % стоимости по соответствующей КСГ.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре ($СС_{стат}$) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых установлены доли заработной платы и прочих расходов, порядок оплаты которых установлен пунктом 3.2.8. настоящего Тарифного соглашения), определяется по следующей формуле:

$$СС_{стат} = БС_{стат} * (КЗ_{КСГ} * ПК_{стат} + КСЛП_{стат}), \text{ где}$$

$КСЛП_{стат}$ - коэффициент сложности лечения пациента;

$ПК_{стат}$ - поправочный коэффициент оплаты КСГ.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ ($ПК_{стат}$) для конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты, установленных настоящим Тарифным соглашением, по следующей формуле:

$$ПК_{стат} = КС_{КСГ_{стат}} * КУС_{мо}, \text{ где}$$

$КС_{КСГ_{стат}}$ - коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

$КУС_{мо}$ - коэффициент уровня (подуровня) оказания стационарной медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент.

Значение коэффициента специфики в разрезе КСГ устанавливается согласно приложению 22.

Коэффициенты уровней (подуровней) оказания медицинской помощи установлены в таблице 3.

Таблица 3.

Коэффициенты уровней (подуровней) оказания медицинской помощи

Уровни (подуровни)	Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи
1	0,9
1А	0,8
1Б	0,9
1В	1,0
2 (средний)	1,05
2А	0,9
2Б	0,95
2В	1,0
2Г	1,1
2Д	1,2
3 (средний)	1,25
3А	1,1
3Б	1,2
3В	1,4

Для медицинских организаций, которым решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия) установлены объемы оказания высокотехнологичной медицинской помощи, коэффициент третьего уровня (подуровня) применяется только к отделениям, непосредственно оказывающим высокотехнологичную медицинскую помощь. К остальным отделениям применяется коэффициент второго уровня (подуровня).

Распределение медицинских организаций по уровням (подуровням) оказания медицинской помощи устанавливается согласно приложению 5.

При оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, коэффициенты сложности лечения пациента применяются в следующих случаях:

Таблица 4.

№ п/п	Случаи, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента	Коэффициент сложности лечения пациента
1.	При оказании медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра и за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки	0,20
2.	При предоставлении спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний), за исключением случая, указанного в пункте 3	0,20
3.	При предоставлении спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний), получающих медицинскую помощь по профилю «Детская онкология» и (или) «Гематология»	0,60

4.	При развертывании индивидуального поста	0,20
5.	При наличии у пациента тяжелой сопутствующей патологии*, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации	0,60
6.	При проведении сочетанных хирургических вмешательств или проведении одностипных операций на парных органах в зависимости от сложности вмешательств или операций**:	уровень 1 - 0,05 уровень 2 - 0,47 уровень 3 - 1,16 уровень 4 - 2,07 уровень 5 - 3,49
7.	Для случаев, не указанных в строках 1-6	0

*- наличие у пациента дополнительного диагноза (диагноза осложнения заболевания) из перечня, определенного Методическими рекомендациями, медицинская помощь в соответствии с которым оказывалась пациенту в период госпитализации;

** - перечень операций, а также критерии отнесения соответствующих операций к уровню КСЛП определен Методическими рекомендациями.

В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП.

3.2.2. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи:

1. прерывания лечения по медицинским показаниям,
2. перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое,
3. изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар,
4. перевода пациента в другую медицинскую организацию,
5. преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения,
6. летального исхода,
7. оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения,
8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленных в таблице 5.

Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям 1-6 и 8, осуществляется в следующем порядке:

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - в размере 80 % от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней - в размере 85 % от стоимости КСГ.

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, установлен Методическими рекомендациями.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - в размере 30 % от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - в размере 70 % от стоимости КСГ.

Перечень КСГ, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения:

Таблица 5.

Перечень КСГ круглосуточного стационара, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно

№ КСГ	Наименование КСГ
st02.001	Осложнения, связанные с беременностью
st02.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
st03.002	Ангионевротический отек, анафилактический шок
st05.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе*
st08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети*
st08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
st08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
st12.010	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые
st12.011	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
st16.005	Сотрясение головного мозга
st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st19.038	Установка, замена порт- системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
st19.105	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
st19.106	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
st19.107	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
st19.108	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
st19.109	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
st19.110	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
st19.111	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
st19.112	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*

№ КСГ	Наименование КСГ
st19.113	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
st19.114	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
st19.115	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*
st19.116	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*
st19.117	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
st19.118	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14)*
st19.119	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15)*
st19.120	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16)*
st19.121	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17)*
st19.082	Лучевая терапия (уровень 8)
st19.090	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения, (уровень 1)
st19.094	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
st19.097	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
st19.100	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4)
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st27.012	Отравления и другие воздействия внешних причин
st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
st30.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
st30.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
st30.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
st30.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
st31.017	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
st32.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
st32.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
st32.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)

№ КСГ	Наименование КСГ
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
st36.020	Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 1)
st36.021	Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 2)
st36.022	Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 3)
st36.023	Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 4)
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация
st36.016	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции
st36.017	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1)*
st36.018	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2)*
st36.019	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3)*

<*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения

Случаи, в ходе которых пациенту в возрасте 18 лет и старше лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

Все остальные случаи (в том числе случаи проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) являются прерванными и оплачиваются в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Прерванные случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

3.2.3 Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях:

1. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), 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 относится к прерванным по установленным основаниям прерванности;

2. Проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

3. Оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим

проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

4. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (*например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2)*);

5. Проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

6. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением (оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение»).

По двум КСГ осуществляется оплата в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;
- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери.
- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери.
- O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

7. проведение первой иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

8. проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

Выставление случая только по КСГ st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)» без основной КСГ не допускается.

При этом если один из двух случаев лечения, оплачиваемых по двум КСГ, является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с п. 3.2.2. настоящего Тарифного соглашения.

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

3.2.4. Счета на оплату медицинской помощи по КСГ st01.001 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» предоставляют только медицинские организации, имеющие в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

3.2.5. В стационарных условиях в стоимость КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в медицинской организации, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по КСГ по профилю «Неонатология».

3.2.6. Оплата медицинской помощи по КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией» осуществляется в случае оказания медицинской помощи

в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Гериатрия».

3.2.7. Оплата случаев оказания медицинской помощи, при лечении которых применяются виды и методы лечения в соответствии с Перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень), осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи.

Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) устанавливаются согласно приложению 24.

К вышеуказанным тарифам на оплату высокотехнологичной медицинской помощи КСЛП не применяется.

В случае, если хотя бы один из параметров отнесения случая лечения к ВМП не соответствует Перечню, 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.

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.

Устанавливаются следующие доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по группам заболеваний:

1 группа – 20%; 2 группа – 26%; 3 группа – 33%; 4 группа – 39%; 5 группа – 22%; 6 группа – 30%; 7 группа – 7%; 8 группа – 50%; 9 группа – 33%; 10 группа – 48%; 11 группа – 28%; 12 группа – 25%; 13 группа – 20%; 14 группа – 17%; 15 группа – 17%; 16 группа – 37%; 17 группа – 28%; 18 группа – 21%; 19 группа – 30%; 20 группа – 31%; 21 группа – 54%; 22 группа – 36%; 23 группа – 37%; 24 группа – 35%; 25 группа – 34%; 26 группа – 26%; 27 группа – 20%; 28 группа – 44%; 29 группа – 35%; 30 группа – 34%; 31 группа – 38%; 32 группа – 22%; 33 группа – 33%; 34 группа – 21%; 35 группа – 35%; 36 группа – 56%; 37 группа – 49%; 38 группа – 43%; 39 группа – 54%; 40 группа – 45%; 41 группа – 34%; 42 группа – 47%; 43 группа – 24%; 44 группа – 17%; 45 группа – 15%; 46 группа – 37%; 47 группа – 16%; 48 группа – 52%; 49 группа – 18%; 50 группа – 15%; 51 группа – 24%; 52 группа – 32%; 53 группа – 30%; 54 группа – 44%; 55 группа – 9%; 56 группа – 28%; 57 группа – 32%; 58 группа – 31%; 59 группа – 17%; 60 группа – 32%.

3.2.8. Оплата случаев лечения по КСГ, в составе которых установлены доли заработной платы и прочих расходов.

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$CC_{\text{стат}} = BC_{\text{стат}} * KZ_{\text{КСГ}} * ((1 - D_{\text{зн}}) + D_{\text{зн}} * PK_{\text{стат}}) + BC_{\text{стат}} * KСЛП_{\text{стат}}, \text{ где}$$

$D_{\text{зн}}$ - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ.

Таблица 6.

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ

№ КСГ	Наименование КСГ	Доля
Круглосуточный стационар		
st06.004	Лечение дерматозов с применением наружной терапии	0,9747

st06.005	Лечение дерматозов с применением наружной терапии, физиотерапии, плазмафереза	0,9849
st06.006	Лечение дерматозов с применением наружной и системной терапии	0,9904
st06.007	Лечение дерматозов с применением наружной терапии и фототерапии	0,9800
st12.015	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1)	0,9388
st12.016	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2)	0,6653
st12.017	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3)	0,6828
st12.018	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4)	0,7763
st19.105	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)	0,5563
st19.106	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)	0,4167
st19.107	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)	0,2371
st19.108	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)	0,1875
st19.109	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)	0,3250
st19.110	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)	0,0876
st19.111	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)	0,0711
st19.112	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)	0,0777
st19.113	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)	0,0584
st19.114	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)	0,0579
st19.115	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)	0,0727
st19.116	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)	0,0590
st19.117	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)	0,0332
st19.118	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14)	0,0215
st19.119	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15)	0,0155
st19.120	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16)	0,0119
st19.121	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17)	0,0069
st19.084	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 2)	0,8708
st19.085	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 3)	0,8884
st19.086	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 4)	0,8705
st19.087	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 5)	0,8849
st19.088	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 6)	0,4603
st19.089	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 7)	0,2676
st19.094	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)	0,7589

st19.095	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 2)	0,7589
st19.096	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 3)	0,7589
st19.097	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)	0,2829
st19.098	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 2)	0,4699
st19.099	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 3)	0,5729
st19.100	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4)	0,0498
st19.101	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)	0,1577
st19.102	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 6)	0,2483
st19.122	Поздний посттрансплантационный период после пересадки костного мозга	0,5905
st20.010	Замена речевого процессора	0,0074
st36.013	Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1)	0,0000
st36.014	Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 2)	0,0000
st36.015	Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 3)	0,0000
st36.016	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции	0,0860
st36.017	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1)	0,3268
st36.018	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2)	0,1882
st36.019	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3)	0,0600

3.2.9. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях круглосуточного стационара осуществляется за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, с учетом фактического количества выполненных услуг (дней обмена).

Оплата услуг диализа осуществляется в пределах объемов, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

3.2.10. При оплате медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) коэффициенты относительной затратоемкости по КСГ st12.016-st12.018 (уровни 2-4), соответствующим случаям среднетяжелого, тяжелого и крайне тяжелого лечения, учитывают период долечивания пациента.

Оплата госпитализаций в случае перевода на долечивание:

- в пределах одной медицинской организации - оплата в рамках одного случая оказания медицинской помощи (по КСГ с наибольшей стоимостью законченного случая лечения заболевания);

- в другую медицинскую организацию - оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ,

соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата законченного случая лечения после перевода осуществляется по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)». Оплата прерванных случаев после перевода осуществляется в соответствии с пунктом 3.2.2.

- в амбулаторных условиях - оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в соответствии с пунктом 3.1.

3.2.11. В случае проведения диагностических и/или лабораторных исследований пациентам, находящимся на лечении в медицинских организациях Воронежской области в условиях стационара или дневного стационара, в иных медицинских организациях, стоимость оказанной медицинской помощи уменьшается на стоимость проведенных исследований.

3.2.12. В случае проведения телемедицинских консультаций пациентам, находящимся на лечении в медицинских организациях Воронежской области в условиях стационара или дневного стационара, стоимость оказанной медицинской помощи уменьшается на стоимость проведенных телеконсультаций.

3.3. При оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара

Средний норматив финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневного стационара (НФЗ_{дс}), составляет 23 261,60 рублей.

Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневного стационара к базовой ставке, исключаяющей влияние применяемых коэффициентов относительной затратноёмкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента сложности лечения пациентов (КП) установить равным 60% от значения норматива финансовых затрат на 1 случай лечения в дневном стационаре.

Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка) в условиях дневного стационара, включенного в КСГ, на 2022 год устанавливается в размере 13 957,0 рублей.

Перечень групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ, при которых оказывается медицинская помощь в условиях дневного стационара, устанавливается согласно разделу II приложения 4.

Правила отнесения случаев лечения к соответствующей КСГ установлены Методическими рекомендациями.

3.3.1. Оплата законченных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара длительностью более 3-х дней осуществляется в размере 100,0 % стоимости по соответствующей КСГ.

Стоимость одного случая госпитализации в дневном стационаре (СС_{дс}) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых установлены доли заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$CC_{дс} = BC_{дс} * (KZ_{КСГ_{дс}} * ПК_{дс} + КСЛП_{дс}), \text{ где}$$

$КСЛП_{дс}$ - коэффициент сложности лечения пациента;

$KZ_{КСГ}$ – коэффициент относительной затратноёмкости по КСГ, к которой отнесен данный случай оказания медицинской помощи;

Значения коэффициента относительной затратноёмкости оказания медицинской помощи по КСГ, применяемых при оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара ($KZ_{КСГ_{дс}}$), устанавливаются согласно приложению 25.

$ПК_{\text{дс}}$ - поправочный коэффициент оплаты КСГ.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ ($ПК_{\text{дс}}$) для конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты, установленных настоящим Тарифным соглашением, по следующей формуле:

$$ПК_{\text{дс}} = КС_{\text{КСГ дс}} * КУС_{\text{МО дс}}, \text{ где}$$

$КС_{\text{КСГ дс}}$ - коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай лечения в дневном стационаре;

$КУС_{\text{МО дс}}$ - коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара в медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

Значения коэффициента специфики в разрезе КСГ устанавливаются согласно приложению 25.

В условиях дневного стационара коэффициент уровня оказания медицинской помощи принимается в значении 1, коэффициент сложности лечения пациента - значение 0.

3.3.2. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи:

1. прерывания лечения по медицинским показаниям,
2. перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое,
3. изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар,
4. перевода пациента в другую медицинскую организацию,
5. преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения,
6. летального исхода,
7. оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения,
8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленных в таблице 7.

Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям 1-6 и 8, осуществляется в следующем порядке:

1. В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее в размере 90 % от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней в размере 100 % от стоимости КСГ.

2. Если хирургическое вмешательство не проводилось, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - в размере 30 % от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней в размере 50 % от стоимости КСГ.

Перечень КСГ, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения:

Таблица 7.

Перечень КСГ дневного стационара, по которым оплата медицинской помощи
осуществляется в полном объеме с оптимальной длительностью лечения до 3 дней
включительно

№ КСГ	Наименование
ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.007	Аборт медикаментозный
ds02.008	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)
ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе*
ds08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети*
ds08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
ds08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
ds13.003	Лечение наследственных атерогенных нарушений липидного обмена с применением методов афереза (липидная фильтрация, афинная и иммуносорбция липопротеидов) в случае отсутствия эффективности базисной терапии
ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
ds15.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
ds19.028	Установка, замена порт- системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
ds19.029	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ
ds19.033	Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно- генетического и/или иммуногистохимического исследования
ds19.080	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
ds19.081	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
ds19.082	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
ds19.083	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
ds19.084	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
ds19.085	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
ds19.086	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
ds19.087	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
ds19.088	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*

ds19.089	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
ds19.090	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*
ds19.091	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*
ds19.092	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
ds19.093	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14)*
ds19.094	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15)*
ds19.095	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16)
ds19.096	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17)
ds19.057	Лучевая терапия (уровень 8)
ds19.063	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения (уровень 1)
ds19.067	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
ds19.071	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
ds19.075	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
ds20.006	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
ds25.001	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
ds27.001	Отравления и другие воздействия внешних причин
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
ds36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
ds36.011	Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций)
ds36.007	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции
ds36.008	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1)*
ds36.009	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2)*
ds36.010	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3)*

<*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения

3.3.3. Стоимость одного случая лечения по КСГ, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов ($CC_{\text{дс}}$) определяется по следующей формуле:

$$CC_{\text{дс}} = BC_{\text{дс}} * KZ_{\text{КСГ}} * ((1 - D_{\text{зн}}) + D_{\text{зн}} * PK_{\text{дс}}) + BC_{\text{дс}} * KСЛП_{\text{дс}}, \text{ где}$$

$D_{\text{зн}}$ - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ.

Таблица 8.

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ

№ КСГ	№ КСГ	Доля
Дневной стационар		
ds06.002	Лечение дерматозов с применением наружной терапии	0,9744
ds06.003	Лечение дерматозов с применением наружной терапии, физиотерапии, плазмафереза	0,9630
ds06.004	Лечение дерматозов с применением наружной и системной терапии	0,9827
ds06.005	Лечение дерматозов с применением наружной терапии и фототерапии	0,9820
ds19.080	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)	0,1912
ds19.081	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)	0,0879
ds19.082	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)	0,2589
ds19.083	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)	0,2350
ds19.084	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)	0,0314
ds19.085	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)	0,0204
ds19.086	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)	0,0659
ds19.087	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)	0,1106
ds19.088	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)	0,1508
ds19.089	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)	0,1491
ds19.090	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)	0,2235
ds19.091	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)	0,0999
ds19.092	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)	0,0849
ds19.093	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14)	0,0564
ds19.094	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15)	0,0282
ds19.095	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16)	0,0584

	лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16)	
ds19.096	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17)	0,0023
ds19.058	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 1)	0,7838
ds19.060	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 3)	0,8264
ds19.061	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 4)	0,3186
ds19.062	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 5)	0,1669
ds19.067	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)	0,5106
ds19.068	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 2)	0,5106
ds19.069	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 3)	0,5106
ds19.070	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 4)	0,5106
ds19.071	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)	0,0413
ds19.072	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 2)	0,1275
ds19.073	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 3)	0,2253
ds19.074	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4)	0,3149
ds19.075	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)	0,0042
ds19.076	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 6)	0,0156
ds19.077	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 7)	0,0436
ds19.078	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 8)	0,0765
ds20.006	Замена речевого процессора	0,0023
ds36.007	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции	0,0183
ds36.008	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1)	0,0585
ds36.009	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2)	0,0543
ds36.010	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3)	0,0894

3.3.4. При переводе по медицинским показаниям из круглосуточного стационара в дневной стационар или из дневного стационара в круглосуточный, для определения фактического срока оказания медицинской помощи в каждом из подразделений день перевода учитывается в периоде оказания медицинской помощи на предыдущем этапе.

3.3.5. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях дневного стационара осуществляется за услугу диализа в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, с учетом фактического количества выполненных сеансов.

В период лечения в дневном стационаре пациент, получающий гемодиализ или перитонеальный диализ, обеспечивается всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнения.

3.4. При оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации

Средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Воронежской области (ΦO_{CP}^{AM}), в расчете на 1 застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 2022 год составляет 821,41 рубля.

3.4.1. Оплата скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, включает расходы на оплату вызовов скорой медицинской помощи при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной формах.

В оплату по подушевому нормативу не включаются случаи оказания скорой медицинской помощи:

- с проведением системного тромболизиса;
- с проведением токолитической терапии препаратами атозибана;
- специализированными (реанимационными) выездными бригадами.

Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключающего влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания ($Пр_{СМП}$) – 0,98804.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемый вне медицинской организации, на 2022 год ($ПН_{СМП_{баз}}$) устанавливается равным – 811,59 рубля, том числе в расчете на месяц - 67,63 рубля.

На основе среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив для медицинских организаций ($ДП_{n_i}$) по следующей формуле:

$$ДП_n^i = \Phi O_{CP}^{СМП} * Пр_{СМП} * КС_{СМП}^i, \text{ где}$$

$КС_{СМП}^i$ - коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи i-медицинской организацией.

Коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи определяется для каждой медицинской организации по следующей формуле:

$$КС_{СМП}^i = КД_{ПВ} * КД_{ПН}, \text{ где:}$$

$КД_{ПВ}$ - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

$KД_{пн}$ - коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность населения.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи учитывают различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры населения и рассчитываются в соответствии с пунктом 2.3. раздела III. «Способы оплаты скорой медицинской помощи, в том числе на основе подушевого норматива финансирования» Методических рекомендаций.

На 2022 год устанавливаются следующие половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи:

Таблица 9.

Половозрастные группы	Женщины	Мужчины
от 0 до 1 года	1,703	1,905
от 1 года до 4 лет	1,197	1,371
от 5 до 17 лет	0,369	0,388
от 18 до 64 лет	0,794	0,700
65 лет и старше	2,375	1,990

Устанавливаются следующие коэффициенты дифференциации, учитывающие особенности расселения и плотность населения муниципальных образований Воронежской области:

Таблица 10.

Границы плотности населения, чел./на кв. км.	Значение коэффициента ($KД_{пн}$)
300-1800	0,95
45-299	1
21-44	1,025
1-20	1,05

Объем средств для финансирования i-ой станции (подстанции) СМП или отделения СМП, входящего в состав медицинской организации, по подушевому финансированию на месяц ($ОФ_i$) рассчитывается по формуле:

$$ОФ_{смп}^i = ФДПН_{смп}^i * Ч_i^{пп} + ОС_г, \text{ где}$$

$ФДПН_{смп}^i$ – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций на 1 застрахованное лицо в месяц, рублей;

$Ч_{смп}^i$ – численность застрахованных лиц, обслуживаемых i-ой станцией (подстанцией) СМП или отделением СМП, входящим в состав медицинской организации, человек;

$ОС_г$ – размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным Воронежской области за вызов, рублей.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования скорой медицинской

помощи, к общему объему средств на финансирование скорой медицинской помощи рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{\Phi O_{СМП}^{СМП} * Пр_{СМП} * Ч_3}{\sum_i (ДПН^i * Ч_3^i)}, где$$

$Ч_3^i$ - численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той группе (подгруппе) медицинских организаций, человек.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации для группы (подгруппы) медицинских организаций ($\Phi ДПН^i$) рассчитывается по формуле:

$$\Phi ДПН^i = ДНН^i * ПК$$

Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи для групп медицинских организаций устанавливаются согласно приложению 27.

Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации ($\Phi O_{СМП}$), определяется по следующей формуле:

$$\Phi O_{СМП} = \Phi ДПН^i * Ч_3^{ПР} + ОС_В, где$$

$ОС_В$ - размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным на территории Воронежской области за вызов, рублей.

Страховая медицинская организация рассчитывает объем средств, подлежащий перечислению за медицинскую помощь, оказанную i-ой станцией (подстанцией) СМП или отделением СМП, входящим в состав медицинской организации ($ОР_i$), с учетом межучрежденческих взаиморасчетов по формуле:

$$ОР_i = О\Phi_{СМП}^i - \sum сч1 + \sum сч2, где$$

$\sum сч1$ – сумма принятых к оплате счетов других медицинских организаций за оказанную медицинскую помощь застрахованным гражданам, прикрепленным к i-той станции (подстанции) скорой медицинской помощи;

$\sum сч2$ – сумма принятых к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь застрахованным гражданам i-той станцией (подстанцией) скорой медицинской помощи, прикрепленным к другим станциям (подстанциям) скорой медицинской помощи.

Медицинские организации, включенные в систему подушевого финансирования скорой медицинской помощи, ежемесячно формируют и представляют в страховые медицинские организации счета и реестры счетов за оказанную медицинскую помощь.

3.4.2. Оплата медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации за вызов скорой медицинской помощи.

За вызов скорой медицинской помощи оплачиваются:

- вызовы с проведением системного тромболизиса;
- вызовы с проведением токолитической терапии препаратами атозибана;

- оказание скорой медицинской помощи специализированными (реанимационными) выездными бригадами,
- оказание скорой медицинской помощи лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации.

Тариф за вызов скорой медицинской помощи рассчитывается по следующей формуле:

$$T_{\text{СМП}}^j = НФЗ_{\text{СМП}} * КЗ_{\text{СМП}}^j, \text{ где}$$

$НФЗ_{\text{СМП}}$ - базовый норматив финансовых затрат на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации;

$КЗ_{\text{СМП}}^j$ - коэффициент, применяемый для определения стоимости j-той единицы медицинской помощи, оплачиваемой за вызов скорой медицинской помощи.

Базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за вызов скорой помощи, установить равным 2 893,3 рубля.

Для расчета тарифов на оплату вызовов скорой медицинской помощи, не входящих в оплату по подушевому нормативу финансирования, а также тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, применяются коэффициенты, установленные приложением 28.

Округление тарифов на оплату вызовов скорой медицинской помощи производится по правилам математического округления до двух знаков после запятой.

3.5. Структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.5.1. Структура тарифа включает в себя расходы:

- при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь):

на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, 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), 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,

- при оказании медицинской помощи в условиях стационара:

- а) специализированная медицинская помощь, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи:

- 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.

б) высокотехнологичная медицинская помощь:

- 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 организациях (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.

3.5.2. Тарифы на оплату медицинской помощи, применяемые при оплате амбулаторной помощи (оплата врачебных посещений, в том числе при консультативном приеме) предусматривают компенсацию затрат на посещение специалиста определенного профиля, а также включают распределенные по профильным посещениям расходы на проведение диагностических и лабораторных исследований, лечебных манипуляций, медицинских услуг параклинических подразделений.

Тарифы на проведение диализа предусматривают компенсацию затрат на проведение процедуры диализа (перитонеального диализа) и, в том числе, включают расходы на приобретение расходных материалов, диагностические и лабораторные исследования, лечебные манипуляции, медицинские услуги параклинических подразделений. При этом проезд пациентов до места оказания медицинских услуг не включен в тариф на оплату медицинской помощи.

3.5.3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях стационаров, предусматривают компенсацию затрат по профилю оказания медицинской помощи, в том числе, включают в себя расходы на реанимационные услуги, анестезиологические пособия, лечебные манипуляции, диагностические и лабораторные исследования, консультации специалистов, другие медицинские услуги параклинических подразделений.

3.5.4. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, предусматривают компенсацию затрат по профилю оказания медицинской помощи и, в том числе, включают в себя расходы на анестезиологические пособия, лечебные манипуляции, диагностические и лабораторные исследования, другие медицинские услуги параклинических подразделений, предоставленные пациентам, использование расходных материалов и медикаментов.

3.5.5. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой службой СМП, предусматривают компенсацию затрат по профилю вызова и, в том числе, включают в себя расходы на проведение интенсивной терапии, противошоковых, реанимационных мероприятий, инвазивных вмешательств; использование расходных материалов и медикаментов.

3.5.6. За счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется, в том числе оплата труда работников медицинской организации, не имеющих медицинского образования, которые участвуют в оказании медицинской помощи, в том числе медицинской реабилитации, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.5.7. Финансовое обеспечение проведения патологоанатомическими отделениями медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования, диагностических исследований, проводимых по заболеваниям, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования. Распределение расходов на содержание патологоанатомических отделений по источникам финансирования (бюджет, ОМС, платные услуги и др.) осуществляется пропорционально количеству проведенных диагностических исследований.

3.5.8. Эффективным использованием средств ОМС является такое их использование медицинскими организациями, которое обеспечивает достижение заданных результатов с использованием наименьшего объема средств (экономности) и (или) достижение наилучшего результата с использованием определенного объема средств ОМС (результативности).

Использование средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями на финансирование мероприятий, видов медицинской помощи, не включенных в территориальную программу обязательного медицинского страхования, на оплату видов расходов, не включенных в состав тарифов на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, является нецелевым, влечет за собой уплату медицинской организацией штрафа и возврат средств, использованных не по целевому назначению, в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области в соответствии со статьей 39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

IV. Размеры неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

Размеры неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, рассчитанные в соответствии с главой IX Правил обязательного медицинского страхования, устанавливаются в приложении 30 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень оснований для неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества соответствует перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющемуся приложением к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н).

V. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению всех сторон.

5.2. Стороны принимают на себя обязательства выполнять настоящее Тарифное соглашение.

5.3. Данное Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2022 года.

5.4. В случае возникновения споров по настоящему Тарифному соглашению стороны принимают меры для их разрешения путем переговоров между собой.

5.5. Данное соглашение может быть пересмотрено досрочно по предложению одной из сторон.

5.6. За невыполнение данного соглашения стороны несут ответственность в порядке, установленном действующим законодательством.

Приложения: 1. Способы оплаты амбулаторной медицинской помощи в разрезе медицинских организаций Воронежской области, осуществляющих деятельность в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2022 году.

2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в разрезе уровней оказания медицинской помощи в 2022 году.

3. Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, размер финансового обеспечения и коэффициент специфики на 2022 год.

4. Перечень групп заболеваний, состояний, при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях и условиях дневного стационара.

5. Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих стационарную медицинскую помощь, в разрезе уровней оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2022 году.

6. Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2022 году.

7. Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих скорую медицинскую помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации) в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2022 году.

8. Перечень медицинских организаций и их структурных подразделений для которых применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала на 2022 год.

9. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц на 2022 год.

10. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях за единицу объема с профилактической и иными целями, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ (взрослое и детское население) на 2022 год.

11. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2022 год.

12. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях за единицу объема при обращении по поводу заболевания (взрослое и детское население), в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2022 год.

13. Прейскурант тарифов на оплату комплексного посещения проведения первого этапа диспансеризации взрослого населения, в том числе при выездах мобильных медицинских комплексов, мобильными медицинскими бригадами и оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2022 год.

14. Прейскурант тарифов на оплату комплексного посещения проведения диспансеризации, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2022 год.

15. Прейскурант тарифов на оплату комплексного посещения проведения профилактического медицинского осмотра взрослого населения, в том числе при выездах мобильных медицинских комплексов, мобильными медицинскими бригадами и оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2022 год.

16. Прейскурант тарифов на оплату комплексного посещения проведения первого этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе при выездах мобильных медицинских комплексов, мобильными медицинскими бригадами и оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2022 год.

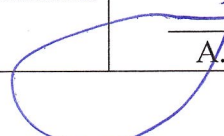
17. Прейскурант тарифов на медицинские услуги по проведению диспансеризации взрослого населения, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2022 год.

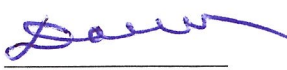
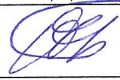
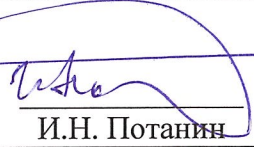
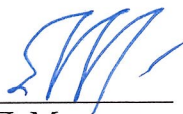
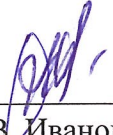
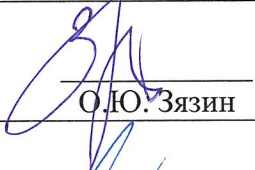
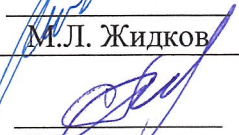
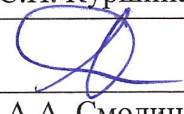
18. Прейскурант тарифов на оплату лабораторных исследований (за исключением проведения молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2022 год.

19. Прейскурант тарифов на оплату диагностических исследований (за исключением проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований), в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2022 год.

20. Прейскурант тарифов на оплату медицинской помощи за единицу объема в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2022 год.

21. Прейскурант тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказываемой средним медицинским персоналом в фельдшерско-акушерских пунктах, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2022 год.
22. Оплата медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара на 2022 год.
23. Коэффициенты относительной затратоемкости к базовому тарифу для оплаты диализа.
24. Прейскурант тарифов на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи на 2022 год, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ.
25. Оплата медицинской помощи в условиях дневного стационара на 2022 год.
26. Прейскурант тарифов на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований, для которых установлены отдельные нормативы территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2022 год.
27. Оплата скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, по подушевому нормативу финансирования на 2022 год.
28. Оплата за вызов скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в том числе лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2022 год.
29. Классификатор медицинских услуг, оказываемых по стоматологии в медицинских организациях Воронежской области в объеме территориальной программы ОМС, на 2022 год.
30. 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.
31. Оплата проведения углубленной диспансеризации, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2022 год.

1	От департамента здравоохранения Воронежской области:	
	Первый заместитель руководителя департамента здравоохранения Воронежской области	 О.Е. Минаков
	Заместитель руководителя департамента здравоохранения Воронежской области	 Н.Е. Нехаенко
	Заместитель руководителя департамента здравоохранения Воронежской области	 А.В. Чуриков

	От департамента финансов Воронежской области: Заместитель руководителя департамента финансов Воронежской области	 Л.В. Тыгичин
2	От ТФОМС Воронежской области:	
	Директор ТФОМС Воронежской области	 А.В. Данилов
	Начальник юридического отдела ТФОМС Воронежской области	 О.А. Бахметьева
	Начальник отдела формирования и экономического обоснования территориальной программы обязательного медицинского страхования ТФОМС Воронежской области, секретарь Комиссии	 Т.А. Шевелюхина
3	От Воронежской областной организации профсоюза работников здравоохранения: Председатель Воронежской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ	 Т.В. Сапрыкина
	Член комитета Воронежской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ, председатель мандатной комиссии, главный врач БУЗ ВО «Новоусманская РБ»	 И.Н. Потанин
	Член комитета Воронежской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ, главный врач БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая больница № 5»	 С.Н. Пасечный
4	От Союза медицинского сообщества «Ассоциация работников здравоохранения Воронежской области»: Член Союза медицинского сообщества «Ассоциация работников здравоохранения Воронежской области», главный врач БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер»	 И.П. Мошуров
	Председатель Совета Союза медицинского сообщества «Ассоциация работников здравоохранения Воронежской области», главный врач БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 10»	 М.В. Иванов
	Член Союза медицинского сообщества «Ассоциация работников здравоохранения Воронежской области», главный врач БУЗ ВО «Острогожская РБ»	 О.Ю. Зязин
	Член Союза медицинского сообщества «Ассоциация работников здравоохранения Воронежской области», главный врач БУЗ ВО «Воронежская областная детская клиническая больница № 1»	 М.Л. Жидков
5	От страховых медицинских организаций: Заместитель генерального директора по экономике и финансам ООО «МСК «ИНКО-МЕД»	 С.П. Куршина
	Директор департамента по контролю объемов и качества медицинской помощи ООО «МСК «ИНКО-МЕД»	 А.А. Смолин