

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ НА 2023 ГОД**I. Общие положения**

1.1. Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на 2023 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», проектом Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов (письмо Минздрава России от 18.11.2022 № 31-2/И/1-9848), Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов на территории Воронежской области, утверждённой постановлением правительства Воронежской области от 28.12.2022 № 988 (далее - постановление правительства Воронежской области от 28.12.2022 № 988), 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», информационным письмом Минздрава России от 13.01.2022 № 11-7/И/2-275 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022-2024 годы», 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/2-1619 от 02.02.2022 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 00-10-26-2-06/750 от 02.02.2022 (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.

II. 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), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и 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) профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;

е) диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения.

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 2023 году, устанавливаются согласно приложению 1.

2.2. При оплате 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, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

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 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении 34, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2023 году, по уровням оказания медицинской помощи устанавливается согласно приложению 5.

2.3. При оплате медицинской помощи в условиях дневного стационара:

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

- 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 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний,

состояний, согласно приложению 34, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи),

Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2023 году, устанавливается согласно приложению 6.

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

- по подушевому нормативу финансирования;

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 2023 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 ($ФО_{CP}^{AMB}$), в расчете на 1 застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 2023 год, установленных постановлением правительства Воронежской области от 28.12.2022 № 988 составляет 5 922,0 рублей.

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

Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, исключаяющий влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, стоимости проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (в размере 5 процентов от базового норматива финансирования на прикрепившихся лиц) ($ПН_{баз}$) устанавливается равным – 2 327,97 рубля, в том числе в расчете на месяц – 194,00 рубля.

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

- 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 несовершеннолетних;
- 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));
- оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, а также расходы на дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования;
- посещения при выездах мобильных медицинских комплексов (мобильных медицинских бригад) для оказания медицинской помощи застрахованным лицам.

В подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи не включаются расходы на:

- проведение профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, 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 21.04.2022 № 275н «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».

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

- проведение углубленной диспансеризации, включающей исследования и иные медицинские вмешательства по перечню, установленному приложением № 2 к проекту Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов.
- диспансерное наблюдение отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;
- финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов;
- проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований;
- проведение ПЭТ КТ с целью постановки (подтверждения) диагноза злокачественного новообразования;

- 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;
- 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.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования, не включающие средства на оплату мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, для медицинских организаций Воронежской области ($ДП^i_H$), рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по следующей формуле:

$$ДП^i_H = ПН_{баз} * КС^i_{заб} * КД^i_{от} * КУ^i_{мо}, \text{ где:}$$

$ДП^i_H$ - дифференцированный подушевой норматив для i -той медицинской организации, рублей;

$КС^i_{заб}$ - коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения, для i -той медицинской организации;

$КД^i_{от}$ - коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий наличие 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, для i -той медицинской организации;

$КУ^i_{мо}$ - коэффициент уровня 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 2.4. раздела II. «Способы оплаты первичной

медико-санитарной помощи, в том числе на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц» Методических рекомендаций.

На 2023 год устанавливаются следующие половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи:

Таблица 1.

Половозрастные группы	Женщины	Мужчины
от 0 до 1 года	1,109	1,164
от 1 года до 4 лет	1,878	1,876
от 5 до 17 лет	1,526	1,525
от 18 до 64 лет	0,986	0,566
65 лет и старше	1,6	1,6

Коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий наличие 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 ($KD_{от}^i$) 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 ($KD_{от}^i$), объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения согласно пункту 2.5. 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 2023 год, устанавливается согласно приложению 8.

Значения коэффициентов уровня медицинской организации, применяемых к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее – $KY_{МО}^i$), определяется, в том числе с учетом:

- достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации;
- расходов на содержание медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций).

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, к объему средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а также средств на выплаты по итогам оценки результативности

деятельности медицинских организаций), устанавливается поправочный коэффициент (ПК) равный 1,06193.

Поправочный коэффициент (ПК) рассчитывается по формуле.

$$ПК = \frac{ОС_{ПНФ-проф} * (1 - Рез)}{\sum_i (ДПН^i * Ч_z^i)}$$

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

$$ФДПН^i = ДПН^i * ПК$$

Значение коэффициента специфики оказания медицинской помощи, учитывающий уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения ($КС_{зab}^i$), коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала ($КД_{от}^i$), фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций устанавливается согласно приложению 9.

Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций

Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке устанавливается в размере 5 процентов от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

Размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования определяется по следующей формуле:

$$ОС_{ПН} = ФДПН^i * Ч_z^i + ОС_{рд}, \text{ где}$$

$ОС_{рд}$ - объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке (далее – объем средств с учетом показателей результативности), рублей.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций Воронежской области проводится Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия) ежеквартально.

Оценка достижения значений показателей результативности деятельности медицинских организаций оформляется решением Комиссии не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным кварталом.

Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности производится по итогам каждого полугодия.

Объем средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности за первое полугодие составляет – 25% от общего объема средств, направляемых на выплаты медицинским

организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности, запланированного на год.

Оставшийся объем средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности, а также средства, не распределенные между медицинскими организациями по итогам первого полугодия, распределяются между медицинскими организациями на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года - ноябрь текущего года (включительно).

Выплаты по итогам второго полугодия (года) распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года - ноябрь текущего года (включительно) и включаются в счет за декабрь.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки (включая целевые значения) устанавливаются согласно приложению 33.

С учетом фактического выполнения показателей, медицинские организации распределяются на три группы: I – выполнившие до 40 процентов показателей, II – от 40 до 60 процентов показателей, III – от 60 (включительно) процентов показателей.

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности, складывается из двух частей:

1 часть – распределение 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций II и III групп с учетом численности прикрепленного населения.

$$OC_{PD(нас)}^j = \frac{0,7 * OC_{PD}^j}{\sum Числ}, \text{ где:}$$

$OC_{PD(нас)}^j$ - объем средств, используемый при распределении 70 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 прикрепленное лицо, рублей;

OC_{PD}^j - совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

$\sum Числ$ - численность прикрепленного населения в j-м периоде ко всем медицинским организациям II и III групп.

Численность населения, прикрепленного к конкретной медицинской организации, рассчитывается как средняя численность за отчетный период:

$$Ч_i^j = \frac{Ч_{n1} + Ч_{n2} + \dots + Ч_{nj}}{n}, \text{ где}$$

$Ч_i^j$ - средняя численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации в j-м периоде, человек;

$Ч_{n1}, Ч_{n2} \dots Ч_{nj}$ численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число каждого месяца j-го периода, человек;

n-количество месяцев в j-том периоде.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию II и III групп за j-тый период при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности ($OC_{PD(нас)i}^j$), рассчитывается следующим образом:

$$OC_{PD(нас)i}^j = OC_{PD(нас)}^j * Ч_i^j$$

2 часть – распределение 30 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов.

$$OC_{РД(балл)}^j = \frac{0,3 * OC_{РД}^j}{\sum Балл}, \text{ где:}$$

$OC_{РД(балл)}^j$ - объем средств, используемый при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 балл, рублей;

$OC_{РД}^j$ - совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

$\sum Балл$ - количество баллов, набранных в j-м периоде всеми медицинскими организациями III группы.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию III группы за j-тый период, при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций ($OC_{РД(балл)i}^j$), рассчитывается следующим образом:

$$OC_{РД(балл)i}^j = OC_{РД(балл)}^j * Балл_i^j, \text{ где:}$$

$Балл_i^j$ - количество баллов, набранных в j-м периоде i-той медицинской организацией III группы.

Если по итогам года отсутствуют медицинские организации, включенные в III группу, средства, предназначенные для осуществления стимулирующих выплат медицинским организациям III группы, распределяются между медицинскими организациями II группы в соответствии с установленной методикой (с учетом численности прикрепленного населения).

Общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности в медицинскую организацию III группы за j-тый период определяется путем суммирования 1 и 2 частей, а для медицинских организаций I группы за j-тый период – равняется нулю.

Осуществление выплат стимулирующего характера в полном объеме медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, производится при условии фактического выполнения не менее 90 процентов установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также обращений по поводу заболеваний.

В случае выполнения медицинской организацией вышеуказанных объемов медицинской помощи по двум показателям (или одному из показателей):

- от 89 до 75 процентов к размеру стимулирующих выплат применяется понижающий коэффициент равный 0,95;

- от 74 до 50 процентов к размеру стимулирующих выплат применяется понижающий коэффициент равный 0,90;

- 49 процентов и менее к размеру стимулирующих выплат применяется понижающий коэффициент равный 0,85.

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

Оплата медицинской помощи в рамках межучрежденческих расчетов

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 в соответствии с тарифами, установленными настоящим Тарифным соглашением.

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

$$OP_{АП\Pi\Phi}^i = OC_{\Pi\Pi}^i - \sum sc1 + \sum sc2, \text{ где}$$

$\sum sc1$ – 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);

- оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, а также расходы на дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования.

Могут осуществляться межучрежденные расчеты между медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения, в части оплаты расходов на дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования.

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 2023 год в следующих размерах:

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей, - 352,3 тыс. рубля,
- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, - 1 174,2 тыс. рублей,
- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, - 1 860,3 тыс. рубля,
- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, - 2 088,9 тыс. рублей,
- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий более 2000 жителей, - 2 088,9 тыс. рублей.

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

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

$\chi_{ФАП}^n$ - 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.

Коэффициент уровня медицинской организации, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации (фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) принимается в значении 1.

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 других субъектов 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 профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации;
- проведение углубленной диспансеризации;
- 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 не прикрепленными застрахованными лицами;
- посещение центров амбулаторной онкологической помощи;
- 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;
- проведение ПЭТ КТ с целью постановки (подтверждения) диагноза злокачественного новообразования;
- прием врача-гериатра с проведением комплексной оценки пациентов старше 65 лет;
- лабораторный контроль за терапией иммуносупрессантами.

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:

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

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

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

$КУ_{АП}^i$ - 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 356,00 рублей.

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 1 313,00 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:

$$T_{\text{неот}}^j = \text{НФЗ}_{\text{неот}} * KZ_{\text{неот}}^j, \text{ где}$$

$\text{НФЗ}_{\text{неот}}$ - базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме;

$KZ_{\text{неот}}^j$ - 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 771,80 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 – 2 692,1 рубля;
- магнитно-резонансной томографии – 3 675,9 рублей;
- ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 543,6 рубля;
- эндоскопического диагностического исследования - 996,8 рубля;

- молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – 8 371,1 рубля;

-патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2 064,5 рубля,

-тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 399,6 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 174,48 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, в том числе в сочетании с оплатой за диагностические исследования, выполняемые в рамках консультативного приема.

При этом стоимость фактически выполненных диагностических исследований прибавляется к стоимости консультативного посещения.

Перечень медицинских организаций Воронежской области, осуществляющих консультативный прием в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2023 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. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется 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 6 217,0 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 оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования, прививочную работу устанавливаются приложением 20.

3.1.3.12. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется согласно приложениям 13-17.

Базовый норматив финансовых затрат на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров устанавливается равным 2 051,5 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 2 507,2 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 1 084,1 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, установленный постановлением правительства Воронежской области от 28.12.2022 № 988, (НФЗ_{стац}), составляет 40 042,60 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 (КИ) 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 2023 год устанавливается в размере 26 027,70 рублей.

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

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), определяется по следующей формуле:

$$СС_{стат} = БС_{стат} * (КЗ_{КСГ} * КС_{КСГ_{стат}} * КУС_{мо} + КСЛП_{стат}), \text{ где}$$

$БС_{стат}$ - базовая ставка, рублей;

$КЗ_{КСГ}$ - коэффициент относительной затратоемкости оказания медицинской помощи по КСГ, применяемых при оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях. Значения коэффициентов относительной затратоемкости устанавливаются приложением 22.

$КС_{КСГ_{стат}}$ - коэффициент специфики оказания медицинской помощи, значение которого принимается в соответствии с приложением 22.

$КУС_{мо}$ - коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

$КСЛП_{стат}$ - коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости - сумма применяемых КСЛП).

3.2.2. Стоимость одного случая госпитализации в стационарных условиях ($СС_{статзн}$) по КСГ, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$СС_{статзн} = БС_{стат} * КЗ_{КСГ} * ((1 - Д_{зн}) + Д_{зн} * КС_{КСГ_{стат}} * КУС_{мо}) + БС_{стат} * КСЛП_{стат}, \text{ где}$$

$Д_{зн}$ - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ устанавливается согласно приложению 22.

3.2.3. Коэффициенты уровней (подуровней) медицинской организации установлены в таблице 2.

Таблица 2.

Коэффициенты уровней (подуровней) медицинских организаций

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	1,0
2В	1,1
2Г	1,20
3 (средний)	1,25
3А	1,1
3Б	1,4

Для медицинских организаций, которым решением Комиссии 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) устанавливается согласно приложению 5.

Перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации устанавливается приложением 22.

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

Таблица 3.

№ 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 однотипных 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.	При проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от	0,72

	поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5-ти суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации)	
8.	при проведении сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых	0,63
9.	Для случаев, не указанных в строках 1-8	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.

3.2.5. 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. закончившиеся летальным исходом (за исключением случаев, закончившихся летальным исходом длительностью более 3 дней, которые оплачиваются в полном объеме при условии отсутствия иных оснований считать случай прерванным);
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, изложенным в подпунктах 1-7 пункта 3.2.5.) 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 приложении 34;

9. длительность случая медицинской реабилитации менее чем количество дней, определенных Программой государственных гарантий и «Группировщиком» (приложение № 6 к Межгосударственным рекомендациям) (далее – «Группировщик»).

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 приложением 32.

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 круглосуточного стационара, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, установлен приложением 34.

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-10, что и диагноз основного заболевания, и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации/лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию, изложенному в подпункте 2 пункта 3.2.2., не производится.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме в следующих случаях:

1. При проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике»;

2. При снижении дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличении интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце "Наименование и описание схемы" в «Группировщиках» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии):

- снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией к химиотерапевтическому препарату в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;
- увеличение интервала между введениями произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Случаи, в ходе которых 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.

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 в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения.

3.2.6. 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;

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. Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

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

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами;

10. Проведение диализа.

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. 3.2.5. настоящего Тарифного соглашения.

3.2.7. 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.

3.2.8. 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».

3.2.9. 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».

3.2.10. 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, установленным постановлением правительства Воронежской области от 28.12.2022 № 988.

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

группа – 25 %; 57 группа – 33 %; 58 группа – 23 %; 59 группа – 45 %; 60 группа – 9 %; 61 группа – 29 %; 62 группа – 32 %; 63 группа – 20 %; 64 группа – 27 %; 65 группа – 32 %; 66 группа – 17 %; 67 группа – 32 %

3.2.11. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в стационарных условиях осуществляется по КСГ для оплаты услуг диализа (приложение 23) только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

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

3.2.12. 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.

- 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.

3.2.13. 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.

3.2.14. 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, установленный постановлением правительства Воронежской области от 28.12.2022 № 988 (НФЗдс), составляет 25 105,90 рублей.

Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневного стационара к базовой ставке, исключаяющей влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости 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 2023 год устанавливается в размере 15 063,50 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:

$$CC_{дс} = BC_{дс} * (KZ_{КСГ_{дс}} * KC_{КСГ_{дс}} * KUC_{МО_{дс}} + KСЛП_{дс}), \text{ где}$$

$BC_{дс}$ - базовая ставка, рублей;

$KZ_{КСГ_{дс}}$ - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай оказания медицинской помощи;

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

$KC_{КСГ_{дс}}$ - коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай лечения в дневном стационаре. Значения коэффициента специфики в разрезе КСГ устанавливаются согласно приложению 25.

$KUC_{МО_{дс}}$ - коэффициент уровня медицинской организации в условиях дневного стационара, в которой был пролечен пациент;

$KСЛП_{дс}$ - коэффициент сложности лечения пациента.

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

$$CC_{дсзн} = BC_{дс} * KZ_{КСГ_{дс}} * ((1 - D_{зн}) + D_{зн} * KC_{КСГ_{дс}} * KUC_{МО_{дс}}) + BC_{дс} * KСЛП_{дс}, \text{ где}$$

$D_{зн}$ - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ устанавливается согласно приложению 25.

3.3.3. В условиях дневного стационара коэффициент уровня медицинской организации принимается в значении 1.

3.3.4. При оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, 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 проведении сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых	1,2
2.	Для случаев не указанных в пункте 1	0

3.3.5. 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;

9. длительность случая медицинской реабилитации менее чем количество дней, определенных Программой государственных гарантий и «Группировщиком» (приложение № 7 к Методическим рекомендациям);

10. случаи лечения, закончившиеся летальным исходом, длительностью более 3 дней оплачиваются в полном объеме.

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, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, установлен приложением 32.

Перечень КСГ дневного стационара, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, установлен приложением 34.

3.3.5. 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.

3.3.6. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях дневного стационара осуществляется по КСГ для оплаты услуг диализа (приложение 23) и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

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 2023 год составляет 938,20 рублей.

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.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемый вне медицинской организации, на 2023 год ($ПН_{СМП_{баз}}$) устанавливается равным 926,85 рублей, том числе в расчете на месяц - 77,24 рублей.

На основе базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования для медицинских организаций ($ДП_n$) по следующей формуле:

$$ДП_n^i = ПН_{СМП_{баз}} * КС_{СМП}^i, \text{ где}$$

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

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

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

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

$КУ_{МО}$ - коэффициент уровня i-той медицинской организации;

$КД_{ПН}$ - 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 2023 год устанавливаются следующие половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи:

Таблица 5.

Половозрастные группы	Женщины	Мужчины
от 0 до 1 года	2,181	2,435
от 1 года до 4 лет	1,373	1,635
от 5 до 17 лет	0,451	0,490
от 18 до 64 лет	0,745	0,704
65 лет и старше	2,300	2,009

При оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации коэффициент уровня медицинской организации принимается в значении 1.

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

Таблица 6.

Границы плотности населения, чел./на кв. км.	Значение коэффициента ($K_{ДПН}$)
300-1800	0,920
45-299	1
21-44	1,035
1-20	1,065

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации ($\Phi ДПН_{смп}^i$) рассчитывается по формуле:

$$\Phi ДПН_{смп}^i = ДП_n^i * ПК, \text{ где:}$$

$\Phi ДПН_{смп}^i$ – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей;

ПК – поправочный коэффициент, применяемый в целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций.

Поправочный коэффициент (ПК) рассчитывается по формуле:

$$ПК = \frac{П_{н\text{смп}_{\text{баз}}} * Ч_3}{\sum_i (ДП_n^i * Ч_3)}.$$

Значение ПК принимается равным 1,03254.

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

Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, на месяц (ΦO_i) рассчитывается по формуле.

$$\Phi O_{\text{смт}}^i = \Phi ДПН_{\text{смт}}^i * Ч_i^{ПР} + ОС_B, \text{ где}$$

$\Phi ДПН_{\text{смт}}^i$ – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей;

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

$ОС_B$ – размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным 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 (OP_i), с учетом межучрежденческих взаиморасчетов по формуле:

$$OP_i = OF_{\text{СМП}}^i - \sum cч1 + \sum cч2, \text{ где}$$

$\sum cч1$ – сумма принятых к оплате счетов других медицинских организаций за оказанную медицинскую помощь застрахованным гражданам, прикрепленным к i-той станции (подстанции) скорой медицинской помощи;

$\sum cч2$ – 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:

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

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

$КЗ_{\text{смт}}^j$ – 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 3 296,40 рублей.

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, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счёт средств обязательного медицинского страхования,

- 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, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности

за счёт средств обязательного медицинского страхования.

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. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи, уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в соответствии с Порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н.

Размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества устанавливаются в приложении 30 к настоящему Тарифному соглашению.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (H) рассчитывается в соответствии с методикой, установленной главой IX Правил обязательного медицинского страхования по формуле:

$$H = PT * K_{HO}, \text{ где:}$$

H - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

PT - размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи.

K_{HO} - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи, действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП.

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($C_{шт}$), рассчитывается по формуле:

$$C_{шт} = PP * K_{шт}, \text{ где:}$$

$C_{шт}$ - размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

PP - установленный тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от условий оказания медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи;

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП.

Размеры подушевых нормативов финансирования, используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, устанавливаются равными:

1. в амбулаторных условиях – 5 978,70 рублей;
2. скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации – 956,00 рублей;
3. в стационарных условиях, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – 6 590,40 рублей.
4. в условиях дневного стационара, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – 1 703,80 рублей.

V. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2023 и действует по 31.12.2023. Настоящее Тарифное соглашение распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года.

5.2. В тарифное соглашение вносятся изменения:

а) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Воронежской области, в части включения (исключения) медицинских организаций;

б) при внесении изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями (в случае необходимости дополнения (исключения) сведений, предусмотренных в разделах II и III настоящего Тарифного соглашения, для медицинских организаций, объемы предоставления медицинской помощи по которым изменяются);

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

г) при внесении изменений в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Минздрава России от 29.12.2020 № 1397н, приводящие к изменению структуры и содержания тарифного соглашения;

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

е) при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, Правительством Воронежской области решений, приводящих к необходимости внесения изменений в тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

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

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

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

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

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

5.8. 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 2023 году.

2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в разрезе уровней оказания медицинской помощи в 2023 году.

3. Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, размер финансового обеспечения и коэффициент специфики на 2023 год.

4. Перечень групп заболеваний, состояний, при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях и условиях дневного стационара на 2023 год.

5. Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих стационарную медицинскую помощь, в разрезе уровней оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2023 году.

6. Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2023 году.

7. Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих скорую медицинскую помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации) в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2023 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 2023 год.

9. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц на 2023 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 2023 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 2023 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 2023 год.

13. Оплата 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 2023 год.

14. Оплата 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 2023 год.

15. Оплата 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 2023 год.

16. Оплата 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 2023 год.

17. Оплата медицинских услуг по проведению второго этапа диспансеризации взрослого населения, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2023 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 2023 год.

19. Оплата 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 2023 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 2023 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 2023 год.

22. Оплата медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара на 2023 год.

23. Коэффициенты относительной затратоемкости к базовому тарифу для оплаты диализа на 2023 год.

24. Прейскурант тарифов на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи на 2023 год, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ.

25. Оплата медицинской помощи в условиях дневного стационара на 2023 год.

26. Оплата проведения 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 2023 год.

27. Оплата скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, по подушевому нормативу финансирования на 2023 год.

28. Оплата за вызов скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в том числе лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2023 год.

29. Классификатор медицинских услуг, оказываемых по стоматологии в медицинских организациях Воронежской области в объеме территориальной программы ОМС, на 2023 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 на 2023 год.

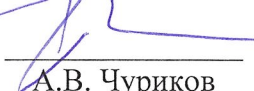
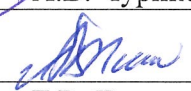
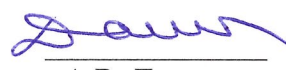
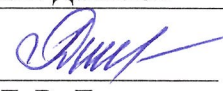
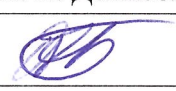
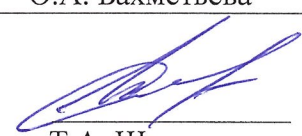
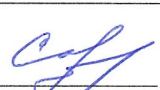
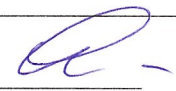
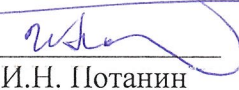
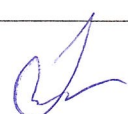
31. Оплата проведения углубленной диспансеризации, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2023 год.

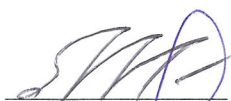
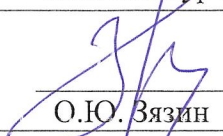
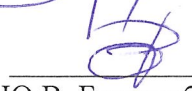
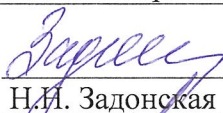
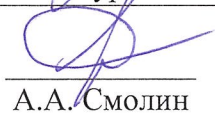
32. Перечень клинико-статистических групп, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию на 2023 год.

33. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), критерии их оценки и целевые значения критериев на 2023 год.

34. Перечень групп заболеваний, состояний с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно.

35. Оплата комплексного посещения проведения диспансерного наблюдения (взрослое население), в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2023 год.

1	От департамента здравоохранения Воронежской области: Первый заместитель руководителя департамента здравоохранения Воронежской области	 О.Е. Минаев
	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. Тычинин
2	От ТФОМС Воронежской области: Директор ТФОМС Воронежской области	 А.В. Данилов
	Заместитель директора по экономическим вопросам ТФОМС Воронежской области	 Л. В. Денисова
	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
	Заведующая отделом по социальной защите – правовой инспектор труда ЦК Профсоюза по Воронежской области	 С.Б. Семирод
	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»: 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 «Воронежский областной клинический онкологический диспансер»	 И.П. Мошуров
	Член Союза медицинского сообщества «Ассоциация работников здравоохранения Воронежской области», главный врач БУЗ ВО «Острогожская РБ»	 О.Ю. Вязин
5	От страховых медицинских организаций: Директор Воронежского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»	 Ю.В. Бессарабова
	Заместитель директора по экспертизе и защите прав застрахованных Воронежского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»	 Н.А. Задонская
	Заместитель генерального директора по экономике и финансам ООО «МСК «ИНКО-МЕД»	 С.П. Курина
	Директор департамента по контролю объемов и качества медицинской помощи ООО «МСК «ИНКО-МЕД»	 А.А. Смолин