

**Тарифное соглашение
в системе обязательного медицинского страхования
Белгородской области**

г. Белгород

« 12 » января 2021 года

I. Общие положения

Департамент здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области (далее – **Департамент**) в лице заместителя начальника департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области **Крыловой Людмилы Степановны**, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Белгородской области (далее – **Фонд**) в лице директора **Понкратова Игоря Николаевича**, Акционерное общество «Медицинская акционерная страховая компания» в лице директора филиала АО «МАКС-М» в городе Белгороде **Шевченко Константина Васильевича**, Ассоциация врачей Белгородской области (далее – **Ассоциация**) в лице председателя **Жарко Анны Георгиевны**, Областной комитет профсоюзов работников здравоохранения (далее – **Профсоюз**) в лице заместителя председателя **Ветковой Людмилы Андриановны**, именуемые в дальнейшем Сторонами, руководствуясь Федеральным законом от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 года № 2299 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов», территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2021 год, утвержденной постановлением правительства Белгородской области от 11 января 2021 года №5-пп (далее – **Программа**), Правилами обязательного медицинского страхования, утверждёнными приказом Министерства здравоохранения России от 28 февраля 2019 года №108н, действующими правовыми актами об оплате медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования (далее – **ОМС**), заключили настоящее тарифное соглашение в системе ОМС Белгородской области (далее - **ТС**).

Предметом ТС является установление тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС на территории Белгородской области. ТС регулирует правоотношения сторон, а также страховых медицинских организаций и медицинских организаций, участвующих в реализации Программы, возникающие при формировании тарифов и их применения в рамках реализации Программы.

В целях реализации настоящего тарифного соглашения устанавливаются следующие основные понятия и определения.

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

Законченный случай лечения в амбулаторных условиях – объём лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона амбулаторного пациента только при последнем посещении больного по данному поводу.

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

Клинико-профильная группа (КПГ) – группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи по КСГ – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратноемкости и поправочных коэффициентов.

Базовая ставка (БС) – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, а также с учетом других параметров (средняя стоимость законченного случая лечения).

Коэффициент относительной затратноемкости (КЗ) – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

Поправочные коэффициенты - устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов.

Коэффициент специфики - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе.

Коэффициент уровня медицинской организации - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Коэффициент подуровня медицинской организации - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, одного уровня, обусловленный объективными причинами.

Коэффициент сложности лечения пациентов - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, применяемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи за услугу - составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг.

II. Способы оплаты медицинской помощи

Оплата медицинских услуг, оказанных медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, осуществляется в соответствии со следующими способами оплаты медицинской помощи:

1. В амбулаторно-поликлинических условиях:

1.1. 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, патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов), в том числе:

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

Подушевой норматив включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС за исключением расходов на оказание амбулаторной помощи:

- стоматологического профиля;
- неотложной медицинской помощи;
- медицинской помощи, оказываемой специализированными офтальмологическими центрами.

Медицинская помощь, оказываемая с применением телемедицинских технологий, включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц.

Проведение диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включено в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей оплаты оказанной медицинской помощи является посещение.

Проведение профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным соответствующими приказами Министерства здравоохранения России, и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»), при этом единицей оплаты является комплексное посещение.

1.2. За единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) используется при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

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

- при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии.

Кроме того, за единицу объема медицинской помощи оплачиваются услуги, не включенные в подушевой норматив финансирования на прикрепленных лиц: услуги по проведению цитологического исследования микрореферата шейки матки и молекулярно-биологического исследования отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека, услуги гемодиализа, услуги по проведению позитронно-эмиссионного томографа, услуги по тестированию на выявление новой коронавирусной инфекции.

1.3. По нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации.

Способ оплаты по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации используется при оплате

медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2. В условиях скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации:

2.1. По подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Подушевой норматив для определения объемов финансовых средств на оказание скорой медицинской помощи рассчитывается на одно застрахованное лицо по половозрастным группам для медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации включает расходы на оплату скорой медицинской помощи в рамках базовой программы в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объёма медицинской помощи – вызов, за исключением:

- расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии;

- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

3. В условиях круглосуточного (в том числе для медицинской реабилитации, оказанной в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) и дневного стационаров:

3.1. За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний) (исключение составляют заболевания, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи).

3.2. За медицинскую услугу при оказании услуг диализа.

3.3. За прерванный случай оказания медицинской помощи при заболевании, включенном в КСГ.

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

Процедуры диализа, включающие различные методы оплачиваются за услугу дополнительно к оплате по соответствующей КСГ или случаю оказания высокотехнологичной помощи, являющимися поводом для госпитализации, при этом учитываются услуги, выполненные пациенту в течение всего периода его нахождения в круглосуточном стационаре.

Способы оплаты медицинской помощи, используемые при оплате медицинской помощи, оказываемой каждой организацией, участвующей в реализации территориальной программы ОМС в разрезе условий оказания медицинской помощи приведены в приложении №1.

III. Тарифы на оплату медицинской помощи

Тарифы на оплату медицинской помощи определяются в зависимости от формы, вида и условий оказания медицинской помощи по способам оплаты медицинской помощи, указанным в разделе II ТС.

Размер и структура тарифов на оплату определены в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и разделом XII Правил обязательного медицинского страхования.

Расходы на заработную плату включаются в тариф в соответствии с постановлениями, распоряжениями Правительства Российской Федерации и Правительства Белгородской области, регулирующими вопросы оплаты труда работников здравоохранения. В тарифы на оплату медицинской помощи в части расходов на заработную плату включено финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, предусматривающих рост заработной платы в соответствии с индикаторами программы развития здравоохранения и «дорожной карты», приобретение мягкого инвентаря и продуктов питания – в соответствии с нормами потребления.

Тарифы на проведение заместительной почечной терапии методами гемодиализа включают расходы на приобретение расходных материалов, при этом проезд пациентов до места оказания услуг не включен в тариф на оплату медицинской помощи.

Тарифы предусматривают компенсацию расходов на содержание административно-управленческого и младшего медицинского персонала, а также расходов на обеспечение деятельности Организации в части, относящейся к деятельности по ОМС.

Размер тарифа определяется дифференцированно с учетом коэффициента уровня медицинской организации.

Коэффициент уровня медицинской организации устанавливается дифференцированно для групп медицинских организаций:

а) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации первого уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за

исключением высокотехнологичной медицинской помощи) и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) (за исключением медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами);

б) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации второго уровня оказания медицинской помощи применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению нескольких муниципальных образований, а так же указанной медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами;

в) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации третьего уровня оказания медицинской помощи применяется при расчете тарифа на оплату специализированной медицинской помощи медицинскими организациями, оказывающими населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год (средний подушевой норматив) составляет в условиях:

- круглосуточного стационара – 5 666,09 рублей;
- дневного стационара – 1 317,11 рублей;
- амбулаторно-поликлинической помощи – 4 744,07 рублей;
- скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации – 772,43 рублей.

3.1. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц (Пнбаз) на 2021 год устанавливается в размере 2 870,16 рублей, или 239,18 рублей в расчете на месяц. Значение коэффициента приведения среднего размера подушевого норматива к базовому подушевому нормативу составляет 0,605.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, составляет 1 591,19 рубль в год, или 132,60 рубля в месяц в расчете на одного застрахованного. Значение коэффициента приведения составляет 0,335.

Средний размер финансового обеспечения структурных подразделений медицинских организаций, а именно – фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФАП), составляет 282,72 рубля на одного застрахованного в год, или 23,56 рубля в месяц. Значение коэффициента приведения составляет 0,06. Объем средств, направляемый на финансовое

обеспечение ФАП, включает в себя средства на оплату медицинской помощи в фельдшерские, фельдшерско-акушерские пунктах в неотложной форме.

Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, устанавливается в размере 3,0 % от суммы средств, рассчитанной по дифференцированным подушевым нормативам финансирования амбулаторной помощи.

Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций и расчет суммы стимулирующих выплат осуществляется ТФОМС по итогам работы за месяц, квартал, год в соответствии с Положением об оценке результативности медицинских организаций (приложение №2)

Подушевые нормативы для определения объемов финансовых средств устанавливаются для медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеющих прикрепленное население.

К подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц применяются коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, (приложение №3), коэффициенты уровня (подуровня) медицинской помощи (приложение №4) и коэффициенты дифференциации (приложение №5) в отношении медицинских организаций (юридических лиц) с учетом наличия у них подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями):

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек;

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

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования амбулаторной помощи, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент, утверждаемый ТС (приложение № 6).

Размер дифференцированных подушевых нормативов для медицинских организаций установлен приложением №7.

Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения, а так же не включенной в подушевой норматив, осуществляется за услуги, посещение, обращение (законченный случай).

Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях (посещения, обращения), включенная в подушевой норматив, в том числе диспансеризация всех групп населения, профилактические осмотры

взрослого населения, периодические медицинские осмотры детского населения, профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних, оплачивается в пределах объемов, установленных Комиссией на квартал по тарифам согласно приложениям №№8,9,10, 11.

Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп населения мобильными медицинскими бригадами и проведение указанных мероприятий в выходные дни осуществляется по тарифу за единицу объема с учетом коэффициента 1,05.

Медицинская помощь оплачивается по утвержденным тарифам за фактически выполненные объемы в пределах объемов, установленных Комиссией на квартал для медицинских организаций, в том числе:

- согласно приложению №12 за оказание медицинских услуг офтальмологического профиля;

- согласно приложению №13 за проведение сеансов гемодиализа (при этом для расчета стоимости услуги диализа к базовому тарифу применяются коэффициенты относительной затратоемкости);

- согласно приложению №14 за оказание диагностических услуг, а именно: МРТ, СКТ, КТ, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, услуг по проведению лабораторных исследований для тестирования групп риска с целью выявления коронавирусной инфекции (COVID-19);

- согласно приложению №15 за отдельные медицинские услуги, в том числе: радиоизотопные исследования, услуги позитронно-эмиссионного томографа, услуги с применением телемедицинских технологий и др.;

- согласно приложению №16 за лабораторные услуги, выполняемые централизованными лабораториями;

- согласно приложению №17 за медицинские услуги, выполняемые при новообразованиях.

Медицинские услуги, оказанные лицам в центрах здоровья, оплачиваются на основе тарифов (приложение №№18,19) за проведенные комплексные обследования, обследования с целью динамического наблюдения, в пределах объемов, установленных Комиссией на квартал. В тарифе комплексного обследования предусмотрены компенсационные затраты на проведение услуг школ здоровья и групп лечебной физкультуры. Оплата обследования с целью динамического наблюдения в центрах здоровья производится по тарифу динамического наблюдения, включающего осмотр врача центра здоровья и услуги, требующей динамического наблюдения из перечня обязательных услуг. Динамическое наблюдение не осуществляется в день проведения комплексного обследования.

Финансирование фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) осуществляется ежемесячно на основании нормативов финансирования

структурных подразделений медицинских организаций, установленных ТС (приложение №20) в соответствии с актами согласования объемов финансирования между СМО и Организацией по состоянию на 1-е число отчетного квартала из расчета 1/12 годовой суммы, предусмотренной на эти цели.

Оплата выполненных организациями услуг (межучережденческие расчеты) производится по тарифам, определенным приложением №21 к ТС на основании заключенных между ними договоров.

В случае заключения договора с Организациями, не участвующими в реализации Программы, оплата производится по ценам, определяемым Департаментом.

Стоматологическая помощь оплачивается в пределах объёмов, установленных Комиссией на квартал (до достижения одного из показателей: посещения, обращения, УЕТ) на основе шкалы единых тарифов, установленной в приложении №8.

Оплата стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, осуществляется по посещениям и обращениям с учетом УЕТ в соответствии с классификатором основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) (приложение №22).

3.2. Оплата скорой медицинской помощи вне медицинской организации

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации (Пнбаз) на 2021 год – 758,52 рублей, в том числе в расчете на месяц устанавливается равным 63,21 рубля. Значение коэффициента приведения среднего размера подушевого норматива к базовому подушевому нормативу составляет 0,982.

Подушевые нормативы для определения объемов финансовых средств устанавливаются для медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, имеющих прикрепленное население.

Подушевые нормативы на оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации устанавливаются по половозрастным группам (приложение №6).

К подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц применяются коэффициенты дифференциации (приложение 23) в отношении медицинских организаций (юридических лиц).

Оплата скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказанной застрахованным жителям Белгородской области, осуществляется по подушевым нормативам с учетом коэффициентов дифференциации, установленных ТС в соответствии с актами согласования численности застрахованных граждан, прикрепленных к Организации, и объемов

финансирования медицинской организации между СМО и Организацией по состоянию на 1-е число отчетного месяца.

Оплата случаев проведения тромболитической терапии производится за фактически выполненные вызовы, по стоимости одного вызова (приложение № 24). В случае превышения числа фактически выполненных вызовов с проведением тромболитической терапии над плановым значением, Комиссией производится корректировка коэффициентов дифференциации подушевых нормативов.

При оказании скорой медицинской помощи лицам за пределами территории страхования оплата производится территориальным фондом ОМС по тарифам за вызов.

3.3. При оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров

Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи составляет:

- в условиях круглосуточного стационара – 36 086,5 рубля;
- в условиях дневного стационара – 22 141,7 рубля.

Значения коэффициентов приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к ее базовой ставке составляет:

- для круглосуточного стационара – 0,65;
- для дневного стационара – 0,6 рублей.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) составляет:

- для круглосуточного стационара – 23 456,23 рублей;
- для дневного стационара – 13 285,02 рублей.

Средняя стоимость одного случая экстрокорпорального оплодотворения составляет 124 718,5 рубля.

При расчете средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ, учтен перечень заболеваний (состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в соответствии с приложением №3 к постановлению Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 года № 2299 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов».

Оплата специализированной медицинской помощи осуществляется по системе КСГ заболеваний, на основе экономических параметров:

- средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к ее базовой ставке;
- коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к ее базовой ставке;

- коэффициент относительной затратоемкости (КЗ) (приложение №№25,26);

поправочные коэффициенты:

а) коэффициент специфики (КСкsg/кпг) (приложение №25,27);

б) коэффициент уровня оказания медицинской организации (КУСмо) в условиях круглосуточного стационара (приложение №27).

В связи с отсутствием различий в оказании медицинской помощи в дневном стационаре в медицинских организациях области коэффициент уровня оказания медицинской помощи равен 1,0.

в) коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) (приложение №28).

Коэффициент специфики применяется к КСГ или КПГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи. К подгруппам, в составе КСГ коэффициент специфики не применяется.

Перечень КСГ, к которым не применяются поправочные коэффициенты (КСкsg/кпг-понижающие, КСкsg/кпг-повышающие) при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров определены приложением №29.

Перечень клинико-статистических групп, к которым применяется КСЛП при проведении сочетанных хирургических вмешательств, установлен приложением №30.

Перечень клинико-статистических групп, к которым применяется КСЛП при проведении однотипных операций на парных органах, установлен приложением №31.

КСЛП применяется также в случаях лечения пациентов в стационарных условиях:

- при проведении первой иммунизации против респираторно-сицитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

- при заболеваниях и их осложнениях вызванных полирезистентными микроорганизмами (применение как минимум одного лекарственного препарата в парентеральной форме из перечня МНН в составе схем антибактериальной и/или антимикотической терапии в течение не менее чем 5 суток (приложение № 32));

- при наличии у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации (перечень заболеваний установлен в приложении №33);

- при длительных сроках госпитализации, обусловленных медицинскими показаниями (длительность свыше 70 дней). Случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией не могут считаться сверхдлительными и оплачиваться с применением соответствующего КСЛП.

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

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказание услуг диализа.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальным сроком лечения (приложение №34).

В случае если пациенту была выполнена хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся квалификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

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

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней –80% от стоимости КСГ.

Приложение №35 к тарифному соглашению определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи лечения по КСГ, не входящим в приложение №35, не могут быть оплачены с применением вышеперечисленных размеров оплаты прерванных случаев (90% и 100%).

В случае если фактическое количество дней введения в рамках случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, определенному Приложением 1 к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

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

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

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ онкологического профиля для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями (далее – $СС_{КСГ/КПГ}$) определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ/КПГ} = БС \times КЗ_{КСГ/КПГ} \times ((1 - Дзп) + Дзп \times ПК \times КД),$$

где:

БС – размер средней стоимости законченного случая лечения без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей;

$КЗ_{КСГ/КПГ}$ – коэффициент относительной затратноности по КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

Дзп – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливаемое на федеральном уровне значение, к которому применяется КД);

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ (интегрированный коэффициент, рассчитываемый на региональном уровне);

КД – коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462 (на 2021 год значение коэффициента равно 1,0).

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ определены приложением № 36.

Высокотехнологичная медицинская помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет средств ОМС, оплачивается в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи (приложение №37).

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам. В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров 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.

При оказании высокотехнологичной помощи на парных органах в рамках одной госпитализации, оплата осуществляется за законченный случай госпитализации.

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.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата осуществляется:

- в амбулаторных условиях – за услугу диализа;
- в условиях круглосуточного стационара – за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации;
- за услугу диализа в сочетании со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

IV. Распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями

Распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями осуществляется Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, созданной в соответствии с приказом Минздрава Российской Федерации от 28.02.2019 года № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

Распределенные в соответствии с частью 10 статьи 36 Федерального закона от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – закон №326-ФЗ) объемы предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, соответствуют объемам предоставления медицинской помощи, установленным в территориальной программе обязательного медицинского страхования в приложениях:

- № 38 Распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара (листы 1-6);
- № 39 Распределение объемов предоставления и финансового обеспечения высокотехнологической медицинской помощи;
- № 40 Распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (листы 1-7);
- № 41 Распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в условиях амбулаторно-поликлинической помощи (41.1-41.6);
- № 42 Распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

V. Неоплата или неполная оплата услуг

Неоплата или неполная оплата медицинских услуг, а также взыскание с медицинской организацией штрафов за ненадлежащее исполнение обязательств, неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества осуществляются Фондом и (или) СМО по результатам проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (МЭК, МЭЭ и ЭКМП) в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение № 43).

При расчёте СМО размера финансовых санкций, применяемых к Организации по результатам проведения МЭЭ и ЭКМП, оказанной врачами - терапевтами участковыми, врачами - педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами), применяется стоимость посещения, обращения, специалистами скорой медицинской помощи – стоимость вызова, утвержденные ТС.

Финансовые санкции по результатам МЭЭ и ЭКМП применяются к стоимости законченного случая.

VI. Заключительные положения

Тарифное соглашение заключается на один финансовый год и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года.

В тарифное соглашение вносятся изменения:

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

б) в случае необходимости дополнения (исключения) сведений, влияющих на способы оплаты и величину тарифа на оплату медицинской помощи.

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 тарифному соглашению, приводящие к изменению структуры и содержанию тарифного соглашения;

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

е) при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, высшим исполнительным органом государственной власти Белгородской 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.

ТС может быть изменено или дополнено по взаимному согласию всех Сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью ТС с момента их подписания Сторонами.

Стороны принимают на себя обязательства строго выполнять ТС.

Подписи сторон:

ДЕПАРТАМЕНТ:



Л.С. Крылова

ФОНД:



И.Н. Понкратов

ПРОФСОЮЗ:



Л.А. Веткова

АССОЦИАЦИЯ:

отпуск

А.Г. Жарко

СМО АО «МАКС-М»



К. В. Шевченко