

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

г. Белгород

« 28 » января 2022 года

I. Общие положения

Министерство здравоохранения Белгородской области (далее – Министерство) в лице первого заместителя министра 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 Кононенко Светланы Александровны, 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 2021 года № 2505 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов», территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2022 год, утвержденной постановлением правительства Белгородской области от 30 декабря 2021 года № 698-пп (далее – Программа), Правилами обязательного медицинского страхования, утверждёнными приказом Министерства здравоохранения России от 28 февраля 2019 года № 108н (далее – Правила ОМС), 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 ТС 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.

Клинико-статистическая группа заболеваний (далее также – КСГ, группа заболеваний, состояний) – 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 (КПГ) – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратоемкости и поправочных коэффициентов.

Базовая ставка – 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 Программой, с учетом других параметров, предусмотренных настоящим тарифным соглашением (средняя стоимость законченного случая лечения).

Коэффициент относительной затратоемкости – 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).

Коэффициент дифференциации – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для отдельных территорий, используемый в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации.

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 заболеваний.

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 федеральном уровне коэффициент, применяемый в отдельных случаях в связи

со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

Подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний – группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом классификационных критериев, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по клинико-статистической группе, с учетом правил выделения и применения подгрупп.

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, установленных тарифным соглашением.

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:

2.1. В амбулаторно-поликлинических условиях:

2.1.1. 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, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее – молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.

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;
- цитологических исследований на вирус папилломы человека;
- медицинских услуг, выполняемых при цитологическом исследовании микропрепарата шейки матки;
- медицинской реабилитации;
- услуги по проведению позитронно-эмиссионной томографии;

- услуг гемодиализа;
- отдельных услуг, выполненных при новообразованиях.

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 пациентов 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.

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели установленного объема профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», при этом единицей оплаты является комплексное посещение.

2.1.2. За единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

- медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;
- медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;
- 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;
- следующих диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (методом полимеразной цепной реакции в случае наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), либо наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в том числе для оценки результатов проводимого лечения, либо положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации), а также молекулярно-генетических исследований

патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала;

-углубленной диспансеризации.

Медицинская реабилитация в амбулаторных условиях оплачивается по тарифу законченного случая.

2.1.3. Финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов осуществляется по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации, рассчитанному с учетом критериев соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.2. В условиях 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).

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.

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

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

- при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

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

- 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).

Оплата за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, по КСГ (КПГ) осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи;
- услуг диализа, включающих различные методы.

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

Способы оплаты медицинской помощи, применяемые к медицинским организациям, осуществляющим деятельность в сфере ОМС, в разрезе условий ее оказания на 2022 год 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 «Способы оплаты медицинской помощи» ТС.

Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определены в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и разделом XII Правил ОМС.

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 Государственной Программы Российской Федерации «Развитие Здравоохранения», 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 медицинской 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 также 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, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС в Белгородской области, определенный на основании нормативов объемов медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС на 2022 год, исходя из общей численности застрахованного населения по состоянию на 01.01.2021 года - 1 522 849 человека, без учета расходов на оказание медицинской помощи лицам, застрахованным в Белгородской области и получающим медицинскую помощь за ее пределами, составляет:

- в амбулаторных условиях - 5 489,33 рубля,
- в условиях круглосуточного стационара - 5 839,5 рублей;
- в условиях дневного стационара - 1 517,1 рублей;

- в условиях скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации - 853,3 рубля.

3.1. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации) (Пнбаз) на 2022 год устанавливается в размере 1 993,44 рубля, или 166,12 рублей в расчете на месяц. Значение коэффициента приведения размера подушевого норматива финансирования к базовому подушевому нормативу (далее - коэффициент приведения) составляет 0,3633.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи по проведению всех видов диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан (за исключением углубленной диспансеризации) порядки, проведения которых установлены нормативными правовыми актами, на 2022 год устанавливается в размере 1 166,28 рубля в расчете на одного застрахованного. Значение коэффициента приведения составляет 0,2125.

Средний размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности устанавливается в размере 274,47 рубля или 22,87 рубля в месяц. Значение коэффициента приведения составляет 0,05. Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, устанавливается в размере 5,0% от объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, составляет 1 746,79 рубль в год, или 145,56 рубля в месяц в расчете на одного застрахованного.

Значение коэффициента приведения составляет 0,3182.

Средний размер финансового обеспечения структурных подразделений медицинских организаций, а именно: фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФАП), составляет 308,32 рублей на одного застрахованного в год, или 25,69 рублей в месяц. Значение коэффициента приведения составляет 0,0562. Объем средств, направляемый на финансовое обеспечение ФАП, включает в себя средства на оплату медицинской помощи в фельдшерские, ФАП в неотложной форме.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерских, ФАП.

Размер базовых нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи составляет при оплате:

- посещений с профилактическими и иными целями – 352,50 рубля;
- посещений в неотложной форме – 713,7 рублей;
- обращений в связи с заболеваниями – 1 714,6 рублей;
- профилактических медицинских осмотров – 2 015,9 рублей;

- диспансеризации – 2 492,5 рубля, в том числе углубленная диспансеризация – 1017,5 рублей;
- компьютерной томографии – 2 542,0 рубля;
- магнитно-резонансной томографии – 3 575,0 рублей;
- ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 492,1 рубля;
- эндоскопического диагностического исследования – 923,3 рубля;
- молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – 8 174,2 рубля;
- патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2 021,3 рубль;
- тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 600,5 рублей;
- обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» - 18 438,4 рублей.

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 в амбулаторных условиях (приложение № 2), коэффициенты уровня оказания амбулаторно-поликлинической помощи (подуровня) медицинской помощи (приложение № 3) и коэффициенты дифференциации для медицинских организаций и их подразделений (приложение № 4), применяемые в отношении медицинских организаций (юридических лиц) с учетом наличия у них подразделений, расположенных в сельской местности, удаленных 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 согласно приложению № 5.

Размер дифференцированных подушевых нормативов для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, установлен приложением № 6.

Мониторинг достижения целевых значений показателей результативности деятельности медицинских организаций (приложение № 7) проводится

Комиссией ежеквартально. Оценка результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью осуществления выплат стимулирующего характера производится по итогам полугодия. Методика оценки результативности деятельности медицинских организаций определяется совместным приказом Министерства здравоохранения Белгородской области и территориального фонда ОМС.

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 по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Белгородской области на квартал (год) по тарифам согласно приложениям № № 8, 9, 10, 11.

Граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно приложению № 9 к ТС.

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 по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Белгородской области на квартал (год) 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;
- согласно приложению № 18 за комплексные посещения, выполняемые по медицинской реабилитации в амбулаторных условиях.

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях может осуществляться дифференцированно в том числе в зависимости от:

- состояния пациента по ШРМ (1-3 балла);
- заболевания (профиля заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация (например, медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы, кардиореабилитация, медицинская реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции (COVID-19);
- медицинского персонала, проводящего медицинскую реабилитацию (средний врачебный персонал, мультидисциплинарная реабилитационная команда, и т.д.).

Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях (приложение № 18). Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации.

Медицинские услуги, оказанные лицам в центрах здоровья, оплачиваются на основе тарифов (приложение № № 19,20) за проведенные комплексные обследования, обследования с целью динамического наблюдения, в пределах объемов, установленных комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Белгородской области на квартал (год). 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 деятельности (ФАП) осуществляется ежемесячно на основании нормативов финансирования структурных подразделений медицинских организаций, установленных в приложении № 21 к ТС, рассчитанными в соответствии с актами согласования объемов финансирования, составленными между страховыми медицинскими и медицинскими организациями по состоянию на 1-е число отчетного квартала из расчета 1/12 годовой суммы, предусмотренной на эти цели.

В случае если у фельдшерских, ФАП в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными приказом Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 года № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»,

годовой размер финансового обеспечения фельдшерских, ФАП изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских, ФАП за предыдущие периоды с начала года.

Оплата медицинских услуг, выполненных медицинскими организациями по поручению и для нужд других медицинских организаций, реализующих территориальную программу ОМС, (межучрежденческие расчеты) производится по тарифам, определенным приложением № 22 к ТС на основании заключенных между ними договоров.

В случае заключения договора с медицинскими организациями, не участвующими в реализации Программы, оплата производится по ценам, определяемым Министерством.

Стоматологическая помощь оплачивается в пределах объемов, установленных комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Белгородской области на квартал (год) (до достижения одного из показателей: посещения, обращения, УЕТ) на основе шкалы единых тарифов, установленной в приложении № 8 к ТС.

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 № 23).

3.2. Оплата скорой медицинской помощи вне медицинской организации

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации (Пнбаз) на 2022 год составляет 853,32 рублей, в том числе в расчете на месяц устанавливается равным 71,11 рубля. Значение коэффициента приведения среднего размера подушевого норматива к базовому подушевому нормативу составляет 1,0.

Средняя стоимость вызова скорой медицинской помощи – 2 995,10 рублей.

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

Подушевые нормативы на оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации устанавливаются по половозрастным группам (приложение №5).

Размер дифференцированных подушевых нормативов для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, установлен приложением № 24.

Оплата скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказанной застрахованным жителям Белгородской области, осуществляется по подушевым нормативам с учетом численности прикрепленных к медицинской организации застрахованных граждан, определенной актами согласования численности, составленными между страховыми медицинскими и

медицинскими организациями, в пределах распределенных объемов финансового обеспечения медицинской организации.

Оплата случаев проведения тромболитической терапии включена в подушевой норматив финансирования.

При оказании скорой медицинской помощи лицам за пределами территории страхования оплата производится территориальным фондом ОМС по тарифам за вызов (приложение № 25).

3.3. При оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), и в условиях дневного стационара

Оплата оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), и в условиях дневного стационара осуществляется с учетом методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, разработанных Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и Группировщиком.

Норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи составляет:

- в условиях круглосуточного стационара – 37 771,5 рублей;
- в условиях дневного стационара – 23 192,7 рубля.

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

- для круглосуточного стационара – 0,65;
- для дневного стационара – 0,60.

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

- для круглосуточного стационара – 24 544,44 рубля;
- для дневного стационара – 13 933,58 рубля.

Средняя стоимость одного случая экстрокорпорального оплодотворения составляет 124 728,5 рублей.

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 № 4 к постановлению Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 года № 2505 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов».

Расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ осуществляется на основе следующих экономических параметров:

- размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка);
- коэффициент относительной затратоемкости (КЗ) (приложение № № 26,27);
- коэффициент специфики оказания медицинской помощи (КС_{КСГ}/КПГ) (приложение № 26,27);
- коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации (КУС_{МО}) в условиях круглосуточного стационара (приложение № 28).
- коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) (приложение № 29).

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (СС_{КСГ}) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов, порядок оплаты которых установлен Разделом 4.9 настоящих рекомендаций) определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times (КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + КСЛП), \text{ где}$$

БС	базовая ставка, рублей;
КЗ _{КСГ}	коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;
КС _{КСГ}	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);
КУС _{МО}	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Постановление № 462). Данный коэффициент используется в расчетах в том числе в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации, в том числе для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых

административно-территориальных образований.
(на 2022 год значение коэффициента равно 1,0).

КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП)

Коэффициент специфики применяется к КСГ или КПГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи. При выделении подгрупп в составе базовой КСГ коэффициент специфики учитывается при расчете коэффициентов относительной затратоемкости выделенных подгрупп. К подгруппам в составе КСГ коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1). Перечень КСГ, к которым не применяются поправочные коэффициенты специфики (КСкsg/кpg-понижающие, КСкsg/кpg-повышающие) при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров определены приложением № 30.

Перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) в условиях круглосуточного стационара установлен приложением № 31

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

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи, устанавливается тарифным соглашением к отдельным случаям оказания медицинской помощи и в обязательном порядке отражается в реестрах счетов.

Перечень сопутствующим заболеваниям и осложнениям заболевания, влияющих на сложность лечения, установлен приложением № 34.

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

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных приложением № 29, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

Перечень сочетанных (симультанных) хирургических вмешательств, выполняемых во время одной госпитализации, представлен в приложении № 32.

Перечень хирургических вмешательств, при проведении которых одновременно на двух парных органах может быть применен КСЛП, представлен в приложении № 33.

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

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

где:

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

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

Дзп – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливаемое Приложением 3 к Программе значение, к которому применяется КД и ПК);

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

КД – коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462 (на 2022 год значение коэффициента равно 1,0).

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП)

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ определены приложением № 35 к ТС.

3.4. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся:

- 1) случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
- 2) случаи лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
- 3) случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
- 4) случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
- 5) случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;
- 6) случаи лечения, закончившиеся летальным исходом;
- 7) случаи 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, установленным приложением № 36 к ТС.

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, и не соответствует критериям оплаты случая 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 прерванности «2» не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ (приложение № 37 к ТС), случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4.

Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения по основаниям 1-7) по КСГ, перечисленным в приложении № 36, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основанию 8 и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

В случае выделения подгрупп в составе КСГ, не включенных в вышеуказанный перечень, отдельные подгруппы в составе таких КСГ могут оплачиваться в полном объеме в случае длительности госпитализации 3 дня и менее.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям 1-6 и 8, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) была проведена тромболитическая терапия, 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.

Приложением № 38 к ТС определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи лечения по КСГ, не входящим в Приложения № 38, не могут быть оплачены с применением вышеперечисленных размеров оплаты прерванных случаев.

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.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше, являющиеся прерванными по основанию 7, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям прерванности) в следующих случаях:

1. При условии проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике.

2. При условии снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (при этом 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).

3.5. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи

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 № 39).

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.

3.6. Оплата услуг диализа

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.

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) страховыми медицинскими организациями по результатам проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в форме медико-экономического контроля (МЭК), медико-экономической экспертизы (МЭЭ) и экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение № 40).

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

Для расчёта страховыми медицинскими организациями размера финансовых санкций, применяемых к медицинской организации по результатам МЭЭ и ЭКМП по случаям оказания медицинской помощи врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами), применяется стоимость посещения, обращения; по случаям оказания скорой медицинской помощи – стоимость вызова, утвержденные ТС.

В соответствии с пунктом 154 Правил ОМС размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H=PT \times K_{no}, \text{ где}$$

Н – размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

РТ – размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

K_{но} – 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.

Если стоимость случая, подлежащего неоплате (неполной оплате) не является тарифом, утвержденным ТС, или получена расчетным путем, в том числе с использованием доли оплаты прерванных случаев, то параметр РТ следует понимать как сумму, выставленную к оплате по законченному случаю лечения.

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, рассчитывается по формуле:

$$С_{шт} = РП \times К_{шт}, \text{ где}$$

С_{шт} – размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

РП – 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 в условиях:

- круглосуточного стационара - 5 839,5 рублей;
- дневного стационара - 1 517,1 рублей;
- скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации - 853,3 рубля;
- в амбулаторных условиях - 5 483,33 рублей.

К_{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.

VI. Заключительные положения

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

В ТС вносятся изменения:

- а) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Белгородской области, 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 объемов, 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:



МИНИСТЕРСТВО:

Л.С. Крылова

ФОНД:



И.Н. Понкратов

ПРОФСОЮЗ:



АО «МАКС-М»

АССОЦИАЦИЯ:

А.Г. Жарко



С.А. Кононенко