

СОГЛАШЕНИЕ О ТАРИФАХ
на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому
страхованию на территории Хабаровского края

Министерство здравоохранения Хабаровского края в лице и.о.министра здравоохранения Хабаровского края Малининой И.В., Хабаровский краевой фонд обязательного медицинского страхования в лице директора Пузаковой Е.В.

Представители страховых медицинских организаций в лице:

- директора Хабаровского филиала акционерного общества «Страховая компания «СОГАЗ-МЕД» Лазерко Н.А.

Представители от профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций) в лице:

- председателя Союза «Хабаровское краевое объединение организаций профсоюзов» Кононенко Г.А.,

- председателя Хабаровской краевой организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Адмидиной О.В.

Представители от медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) в лице:

- члена общественной организации «Хабаровская краевая ассоциация эндокринологов» Ушаковой О.В.,

- члена Хабаровской краевой общественной организации «Стоматологическая Ассоциация» Африкановой Н.В.

на основании статьи 30 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ, совместно в дальнейшем именуемые «Участники соглашения», заключили настоящее Соглашение о тарифах на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Хабаровского края (далее – Соглашение).

I ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Общие положения.

Настоящее Соглашение разработано с учетом следующих нормативных правовых актов Российской Федерации и Хабаровского края:

- Конституция Российской Федерации;
- Гражданский кодекс Российской Федерации;
- Налоговый кодекс Российской Федерации;
- Бюджетный кодекс Российской Федерации;
- Трудовой кодекс Российской Федерации;

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 25.12.2023) «Об обязательном медицинском страховании (далее – ОМС) в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 27.11.2023 № 541-ФЗ «О бюджете Федерального фонда ОМС на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов»;
- Закон Российской Федерации от 19.02.1993 № 4520-1 (ред. от 25.12.2023 N 635-ФЗ), «О государственных гарантиях и компенсациях для лиц, работающих и проживающих в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях»;
- Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»;
- Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 09.10.2019 № 1304 (ред. от 21.12.2023 N 2226) «О модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» (далее – Базовая программа);
- Постановление Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 (в ред. от 30.09.2023 № 1618) «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере ОМС»;
- Закон Хабаровского края от 30.11.2023 № 441 «О краевом бюджете на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов»;
- Закон Хабаровского края от 30.11.2023 № 443 «О бюджете Хабаровского краевого фонда ОМС на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов»;
- постановление Правительства Хабаровского края от 30.12.2022 № 595-пр «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов»;
- постановление Правительства Хабаровского края от 22.10.2013 № 350-пр (в ред. от 30.03.2023 № 150-пр) «О государственной программе Хабаровского края «Развитие здравоохранения Хабаровского края»;
- приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – Приказ МЗРФ № 543 н);
- распоряжение Правительства Хабаровского края от 21.07.2014 № 516-рп «О Плане мероприятий («дорожной карте») «Повышение эффективности и качества услуг здравоохранения в Хабаровском крае»;
- распоряжение Правительства Хабаровского края от 20.06.2016 № 448-рп

«О ходе реализации Плана мероприятий («дорожной карты») «Повышение эффективности и качества услуг здравоохранения в Хабаровском крае»;

- Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (версия 18 от 26.10.2023);

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.08.2013 № 529н (ред. от 19.02.2020 № 106н) «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций»;

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (ред. от 26.10.2022 N АКПИ22-724) «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н (ред. от 13.12.2022 N 789н) «Об утверждении Правил ОМС»;

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н (ред. 28.09.2023 N 515н) «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – Приказ МЗ РФ № 404н);

- «Методическое пособие по проведению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, углубленной диспансеризации для граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID 19)» (утверждено Минздравом России);

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788н (ред. от 07.11.2022 N 727н) «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых»;

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2023 N 81н "Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации на дому, включая перечень медицинских вмешательств, оказываемых при медицинской реабилитации на дому, порядка предоставления пациенту медицинских изделий и порядка оплаты медицинской реабилитации на дому";

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н (ред. от 21.02.2022 № 100н) «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»;

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.07.2021 № 698н «Об утверждении Порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке»;

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.02.2021 № 80н «Об утверждении порядка и сроков рассмотрения тарифных соглашений, заключаемых в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", подготовки заключения Федеральным фондом ОМС о соответствии тарифного соглашения базовой программе ОМС и его типовой формы»;

- Приказ Минздрава России от 10.02.2023 N 44н "Об утверждении

Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения" (ред. 18.12.2023 № 701н);

- письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.01.2024 № 31-2/И/2-1602 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 - 2026 годы»;

- Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС", утв. Минздравом России N 31-2/200, ФФОМС N 00-10-26-2-06/2778 19.02.2024.

1.2. Термины и определения, применяемые в Соглашении, приведены в Порядке расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС на 2024 год (Приложение № 3).

1.3. Предметом настоящего Соглашения являются:

1.3.1. Способы оплаты медицинской помощи по ОМС.

1.3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы ОМС в 2024 году.

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

II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. При реализации территориальной программы ОМС на территории Хабаровского края применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС:

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

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей

результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

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

- 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;

- отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

- диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях;

- медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

- по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации (используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими здравпунктами, фельдшерскими акушерскими пунктами, учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению).

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

В рамках подушевого финансирования производится оплата объемов обращений по заболеванию, посещений с профилактическими и иными целями,

диспансерного наблюдения несовершеннолетних, посещений при оказании неотложной помощи в амбулаторных условиях.

В подушевой норматив финансирования не включается оплата посещений по профилю «Стоматология».

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает, в том числе, расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, в том числе в референс-центрах, проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования.

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

- 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,

- смерти пациента,

- выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 7, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

2.1.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

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

группы заболеваний), группу высокотехнологичной медицинской помощи, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи:

- в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям,

- перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар,

- оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения,

- перевода пациента в другую медицинскую организацию,

- преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения,

- смерти пациента,

- выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением № 7 к Программе, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

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

- по подушевому нормативу финансирования;

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

2.1.5. При оплате медицинской помощи в отдельных медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию:

- способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей

результативности деятельности медицинской организации, в том числе показателей объема медицинской помощи.

2.2. Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Хабаровского края, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты медицинской помощи, приведены в Приложении № 1.

2.3. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, включая порядок оплаты прерванных случаев лечения в условиях стационара и дневного стационара, приведен в Приложении № 2.

III. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Настоящее Соглашение устанавливает:

3.1. Порядок расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС (Приложение № 3).

3.2. Коэффициенты дифференциации, применяемые при определении тарифов на оплату единицы объема медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС (Приложение № 4).

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

В подушевой норматив включаются расходы на:

- оказание первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой участковой службой (врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами узких специальностей (за исключением врачей-стоматологов), врачами-терапевтами, медицинскими работниками, имеющими среднее медицинское образование, ведущими самостоятельный прием (за исключением зубных врачей);

- лабораторные и диагностические исследования (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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), исследований на наличие вируса гриппа;

- на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, в том числе в референс-центрах, проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования;

- оплату посещений школ сахарного диабета;
- диспансерного наблюдения несовершеннолетних;
- на оплату посещений при оказании неотложной помощи в амбулаторных условиях.

В подушевой норматив не включаются расходы на:

- оплату за услугу диализа в амбулаторных условиях;
- оплату стоматологической медицинской помощи;
- проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), исследований на наличие вируса гриппа;
- оплату диспансеризации и диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме.
- финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;
- диспансерное наблюдение отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- медицинской помощи по медицинской реабилитации;
- финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов (далее-ФП, ФАП).

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях на застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС составляет 11 377,57 рублей, без КД (1,554) - 7 321,47 рублей.

Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц – 2 198,2 рублей.

3.3.2. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования и применяемых коэффициентов к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (Таблица № 1 Приложения № 5):

- коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской

местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

- коэффициент уровня расходов медицинских организаций;
- коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников;
- коэффициент половозрастного состава;
- коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи.

Значения коэффициентов дифференциации по половозрастным группам (Таблица № 2 Приложения № 5).

3.3.3. Значения коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала (Приложение № 6).

3.3.4. Размер базового норматива финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации и значение коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом МЗРФ № 543н (в том числе с учетом расчетного объема средств на оплату консультаций, связанных с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем) (Таблица №1 Приложения №7).

Значение коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом МЗРФ № 543н (Таблица № 2 Приложения № 7).

3.3.5. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, при выполнении территориальной программы ОМС в части первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи (Приложение № 8)

3.3.6. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях. (Приложение № 9).

3.3.7. Тарифы на оплату профилактических мероприятий отдельных категорий граждан (Приложение № 10).

3.4. В целях оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях

круглосуточного стационара:

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в расчете на застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, составляет:

за исключением медицинской реабилитации 11 727,3 рубля,
медицинская реабилитация 412,3 рубля.

Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях – 70 298,40 рубля, без КД (1,554) 45 237,1 рублей.

3.4.2. Размер базовой ставки (средней стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях, включенного в КСГ заболеваний) – 29 405 рублей без КД, с КД (1,554) - 45 695,4 рубля.

3.4.3. Значения коэффициента относительной затратно-емкости по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ, при которых оказывается специализированная медицинская помощь в стационарных условиях (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), доля заработной платы и прочих расходов в структуре затрат при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, по перечню групп КСГ, предусмотренному Приложением 3 к Программе (Таблица № 1 Приложение №11).

3.4.4. Значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, применяемых при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в разрезе КСГ заболеваний (Таблица № 1 Приложение № 12).

3.4.5. Значения коэффициента уровня медицинской организации в разрезе медицинских организаций (Приложение № 13).

3.4.6. Значения коэффициента сложности лечения пациента (Приложение № 14).

3.4.7. Нормативы финансовых затрат на единицу объема высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП) по перечню, установленному Базовой программой, с учетом коэффициентов дифференциации, и доли заработной платы в структуре финансовых затрат на оказание ВМП, приведенной в Программе (Приложение № 15).

3.5. В целях оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

3.5.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара (всех типов), в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи

(первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара), установленных ТП ОМС, составляет:
за исключением медицинской реабилитации 3 040,1 рубля,
медицинская реабилитация 107,4 рубля.

Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара (всех типов) рассчитан на основе показателей первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в условиях дневных стационаров, установленных территориальной программой ОМС:

$(1\,094\,812,3 \text{ тыс. рублей} + 2\,820\,290,8 \text{ тыс. рублей}) / (40\,930 \text{ случаев лечения} + 48\,902 \text{ случаев лечения}) = 43\,582,5 \text{ рублей на случай лечения, без КД (1,554)}$
28 045,4 рублей, в том числе:

-первичная медико-санитарной помощь – 1 094 812,3 тыс. рублей,
объем медицинской помощи 1 274 617 лиц * 0,032112 = 40930 случаев
лечения;

специализированная медицинская помощь – 2 820 290,8 тыс. рублей.,
объем медицинской помощи 1 274 617 лиц * 0,038366 = 48 902 случаев
лечения.

3.5.2. Размер базовой ставки (средней стоимости законченного случая лечения в условиях дневных стационаров включенного в КСГ заболеваний) – 16 828 рубля без КД, с КД (1,554) 26 150,7 рубля.

3.5.3. Значения коэффициента относительной затратоемкости по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ, при которых оказывается медицинская помощь в условиях дневного стационара, доля заработной платы и прочих расходов в структуре затрат при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара, по перечню групп КСГ, предусмотренному Приложением 3 к Базовой программе. (Таблица № 2 Приложение № 11).

3.5.4. Значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, применяемых при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в разрезе КСГ заболеваний. (Таблица № 2 Приложение № 12).

3.5.5. Коэффициент уровня медицинской организации при оплате медицинской помощи в условиях дневного стационара принимается *равным 1*.

3.6. В целях оплаты скорой медицинской помощи:

В подушевой норматив включаются все расходы на оказание 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), включая расходы при вызовах скорой медицинской помощи с проведением тромболизиса.

В подушевой норматив не включаются расходы на оказание скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Хабаровского края.

3.6.1. Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой

медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС с КД (1,554) 1 694,1 рублей.

Базовый подушевой норматив финансирования, применяемый при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, исключая влияние коэффициентов (дифференциации, уровня, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за вызов скорой медицинской помощи) – 1038,3 рублей.

3.6.2. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, включая коэффициенты дифференциации (Таблица № 1 Приложение № 16).

3.6.3. Значения коэффициентов дифференциации по половозрастным группам (Таблица № 2 Приложение № 16).

3.6.4. Тарифы за выполненный вызов скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (Приложение № 17).

3.7. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе показателей объема медицинской помощи.

За счет средств подушевого норматива финансирования с включением всех видов медицинской помощи оплачивается медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях, в стационарных условиях, в условиях дневного стационара.

При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также расходы на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, и расходы на финансовое обеспечение ФП, ФАП.

Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи (Приложение № 18)

3.8. Структуру тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, включающую расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие

выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 400 тыс. рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

3.9. Тарифы на оплату услуг диализа и коэффициенты относительной затратоемкости (Приложение № 19).

3.10. Тарифы на медицинские услуги с применением телемедицинских технологий (Приложение № 20):

- Тарифы на медицинские услуги с применением телемедицинских технологий (Таблицы №№ 1, 2 Приложения № 20);
- Тарифы на диагностические услуги, применяемые для межучрежденческих и межтерриториальных расчетов (Таблица № 3 Приложения № 20)

3.11. Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях (Приложение № 21).

IV. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

4.1. Настоящее Соглашение устанавливает размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской

организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (далее – Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и штрафов) (Приложение № 22).

4.2. Для медицинских организаций, финансируемых в рамках подушевого способа оплаты (АПП, СМП) в целях определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи; а также определения размера суммы регрессного взыскания используются действующие тарифы на единицу объема медицинской помощи (Приложение № 9) и (или) тарифы за выполненный вызов скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, применяемые для осуществления межтерриториальных расчетов (Приложение №17).

В целях определения размера штрафа, применяемого к медицинским организациям, финансируемым в рамках подушевого способа оплаты используются:

- при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный Соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;
- при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный Соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля.

При определении размера штрафа, применяемого к медицинским организациям, финансируемым по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи применяются значения подушевых нормативов финансирования в зависимости от условий, в которых фактически была оказана медицинская помощь, подлежащая наложению штрафа.

V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Соглашение вступает в силу с момента подписания и распространяется на правоотношения участников системы ОМС с 01 апреля 2024 года по 31 декабря 2024 года.

5.2. Приложения №№ 1-22 к Соглашению являются его неотъемлемой частью.

5.3. Изменение настоящего Соглашения осуществляется по взаимному согласию его Участников в письменной форме в виде Дополнительных соглашений к настоящему Соглашению, которые являются его неотъемлемой частью.

5.4. Соглашение размещается на официальном сайте министерства

здравоохранения Хабаровского края и на официальном сайте Хабаровского краевого фонда ОМС.

И.о. Министра здравоохранения
Хабаровского края

И.В. Малинина

Директор Хабаровского краевого
фонда ОМС

Е.В. Пузакова

Директор Хабаровского филиала
акционерного общества «Страховая
компания «СОГАЗ-МЕД»

Н.А. Лазерко

Председатель Хабаровской краевой
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ

О.В. Адмидина

Председатель Союза «Хабаровское
краевого объединения профсоюзов»

Г.А. Кононенко

Заместитель директора Хабаровского
филиала акционерного общества
«Страховая компания СОГАЗ-МЕД»

А.А. Абубекирова

Член общественной организации
«Хабаровская краевая ассоциация
эндокринологов»

О.В. Ушакова

Член Хабаровской краевой
общественной организации
«Стоматологическая Ассоциация»

Н.В. Африканова