

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ НА 2025 ГОД

I. Общие положения

1.1. Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на 2025 год заключено между министерством здравоохранения Воронежской области, министерством финансов Воронежской области, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Воронежской области, страховыми медицинскими организациями, Союзом медицинского сообщества «Ассоциация работников здравоохранения Воронежской области» и Воронежской областной организацией профсоюза работников здравоохранения РФ, включенными в состав комиссии, созданной постановлением правительства Воронежской области от 13.09.2011 № 802 «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования».

1.2. Настоящее Тарифное соглашение разработано в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов на территории Воронежской области, утверждённой постановлением правительства Воронежской области от 26.12.2024 № 865 (далее - постановление правительства Воронежской области), Правилами обязательного медицинского страхования, утверждёнными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н (далее – Правила обязательного медицинского страхования), приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», информационным письмом Минздрава России 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», Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, разработанными рабочей группой Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, направленными письмом Минздрава России № 31-2/200 от 19.02.2024 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 00-10-26-2-06/2778 от 19.02.2024 (далее – Методические рекомендации).

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

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

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

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

2.1. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее – молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии/позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии / однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее – ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), на ведение школ для больных сахарным диабетом, 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, в том числе центрами здоровья, 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:

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

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

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

г) отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;

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

е) диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и (или) обучающихся в образовательных организациях;

ж) медицинской помощи при ее оказании пациентам с сахарным диабетом в части ведения школ сахарного диабета;

з) медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

Способы оплаты амбулаторной медицинской помощи в разрезе медицинских организаций Воронежской области, осуществляющих деятельность в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2025 году, устанавливаются согласно приложению 1.

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

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

2.2.2. за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, 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 34, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2025 году, по уровням оказания медицинской помощи устанавливается согласно приложению 5.

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

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

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по

сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, согласно приложению 34, 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).

Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2025 году, устанавливается согласно приложению 6.

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

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

Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации (за исключением санитарно-авиационной эвакуации) в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2025 году, устанавливается согласно приложению 7.

III. Тарифы на оплату медицинской помощи

3.1. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Воронежской области ($ФО_{CP}^{AMB}$), в расчете на 1 застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 2025 год, установленных постановлением Правительства Воронежской области, составляет 7 962,0 рубля.

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

Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц ($ПН_{БАЗ}$) в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, устанавливается равным – 2 016,04 рубля.

Перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования устанавливается приложением 38.

Перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования устанавливается приложением 39.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций Воронежской области ($ДП_H^i$) рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по следующей формуле:

$$ДП_H^i = ПН_{БАЗ} * КД_{ПВ}^i * КД_{УР}^i * КД_{ЗП}^i * КД_{ОТ}^i, \text{ где:}$$

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

$КД_{ПВ}^i$ - коэффициент половозрастного состава, для i-той медицинской организации;

$КД_{УР}^i$ - коэффициент уровня расходов медицинских организаций, для i-той медицинской организации;

$КД_{ЗП}^i$ - коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i-той медицинской организации;

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

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи учитывают различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры населения и рассчитываются в соответствии с пунктом 2.4. раздела II. «Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи, в том числе на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц» Методических рекомендаций.

На 2025 год устанавливаются следующие половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи:

Таблица 1.

Половозрастные группы	Женщины	Мужчины
от 0 до 1 года	1,169	1,229
от 1 года до 4 лет	1,482	1,512
от 5 до 17 лет	1,175	1,194
от 18 до 64 лет	0,888	0,539
65 лет и старше	1,712	1,6

Коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала ($КД_{ОТ}^i$) определяется исходя из расположения обслуживаемых территорий в размере:

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек - 1,113,

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек - 1,04.

В случае, если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации ($KД_{от}^i$), объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения согласно пункту 2.5. раздела II. «Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи, в том числе на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц» Методических рекомендаций.

Перечень медицинских организаций и их структурных подразделений, для которых применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала на 2025 год, устанавливается согласно приложению 8.

Коэффициент уровня расходов медицинских организаций ($KД_{ур}^i$) не применяется и устанавливается равным 1.

Коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации ($KД_{зп}^i$) устанавливаются согласно приложению 9.

Коэффициенты 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 ($KД_{от}^i$), коэффициенты половозрастного состава ($KД_{пв}^i$), коэффициенты уровня расходов медицинских организаций ($KД_{ур}^i$), коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации ($KД_{зп}^i$), дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи, а также среднемесячная численность прикрепленных лиц за ноябрь 2024 года в разрезе медицинских организаций устанавливаются согласно приложению 9.

Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций

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

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

$$ОС_{пн} = ДП_{н}^i * Ч_3^i + ОС_{рд}, \text{ где}$$

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

$$Числ_i^j = \frac{Ч_{мес1} + Ч_{мес2} + ... + Ч_{мес11} + Ч_{мес12}}{12}, \text{ где}$$

$Числ_i^j$ - среднегодовая численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации в j-м году, человек;

$Ч_{мес1}$ - численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число первого месяца j-го года, человек;

$Ч_{мес2}$ - численность прикрепленного населения к i -той медицинской организации по состоянию на 1 число второго месяца года, следующего за j -тым, человек;

$Ч_{мес11}$ - численность прикрепленного населения к i -той медицинской организации по состоянию на 1 число одиннадцатого месяца j -го года, человек;

$Ч_{мес12}$ - численность прикрепленного населения к i -той медицинской организации по состоянию на 1 число двенадцатого месяца j -го года, человек.

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

$$ОС_{РД(нас)i}^j = ОС_{РД(нас)}^j * Числ_i^j, \text{ где}$$

$Числ_i^j$ - численность прикрепленного населения в j -м периоде к i -той медицинской организации II и III групп.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности в медицинскую организацию III группы за j -тый

период определяется путем суммирования 1 и 2 частей, а для медицинских организаций I группы за j-тый период – равняется нулю.

Осуществление выплат стимулирующего характера в полном объеме медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, производится при условии снижения показателей смертности прикрепленного к ней населения в возрасте от 30 до 69 лет (за исключением смертности от внешних причин) и (или) смертности детей в возрасте от 0-17 лет (за исключением смертности от внешних причин) (далее – показатели смертности прикрепленного населения (взрослого и детского), а также фактического выполнения не менее 90 процентов, установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно).

В случае снижения показателей смертности прикрепленного населения (взрослого и детского) и выполнения медицинской организацией:

- от 89 до 75 процентов указанного объема медицинской помощи, применяется коэффициент - 0,95;
- от 74 до 50 процентов указанного объема медицинской помощи, применяется коэффициент - 0,9;
- 49 процентов и менее указанного объема медицинской помощи, применяется коэффициент - 0,85.

В случае, если не достигнуто снижение показателей смертности прикрепленного населения (взрослого и детского) и выполнение медицинской организацией:

- не менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи, применяется коэффициент - 0,85;
- от 89 до 75 процентов указанного объема медицинской помощи, применяется коэффициент - 0,8;
- от 74 до 50 процентов указанного объема медицинской помощи, применяется коэффициент - 0,75;
- 49 процентов и менее указанного объема медицинской помощи, применяется коэффициент - 0,7.

Объем средств, предусмотренных на стимулирующие выплаты, не распределенный между медицинскими организациями II и III группы в результате применения вышеуказанных понижающих коэффициентов к размеру стимулирующих выплат, распределяется между указанными медицинскими организациями пропорционально размеру стимулирующих выплат с учетом вышеуказанных понижающих коэффициентов.

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

Оплата медицинской помощи в рамках межучрежденческих расчетов

Медицинские организации, включенные в систему подушевого финансирования амбулаторной помощи, ежемесячно формируют и представляют в Территориальный фонд ОМС Воронежской области счета на оплату медицинской помощи и персонифицированные реестры счетов оказанной медицинской помощи по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением для соответствующей единицы объема медицинской помощи.

Межучрежденческие расчеты осуществляются через страховые медицинские организации на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- посещения с целью проведения прививок неприкрепленным застрахованным лицам;

- проведение лабораторных исследований (за исключением проведения молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии);

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

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

- консультации медицинского психолога БУЗ ВО «ВОКБ № 1»;

- посещения ЦАОП, расположенных в районных больницах, неприкрепленными застрахованными лицами.

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

3.1.2. Расчет финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным приказом Минздрава России от 15 мая 2012 года № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – Приказ № 543н), устанавливается на 2025 год в следующих размерах:

- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей, - 432,9 тыс. рублей;
- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 101 до 900 жителей, - 1 442,9 тыс. рублей;
- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 901 до 1500 жителей, - 2 885,8 тыс. рублей;
- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1501 до 2000 жителей, - 3 430,6 тыс. рублей;
- фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий более 2000 жителей, - 3 430,6 тыс. рублей.

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

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

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

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

$КС_{\text{БНФ}}^n$ - коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом № 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, аборт и инфекций, передаваемых половым путем).

В случае обслуживания фельдшерскими здравпунктами, фельдшерско-акушерскими пунктами женщин репродуктивного возраста (женщин в возрасте от 18 лет до 49 лет включительно), но при отсутствии в указанных пунктах акушеров, и возложении отдельных полномочий по работе с такими женщинами на фельдшера (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, аборт и инфекций, передаваемых половым путем), размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения.

Перечень фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов с численностью обслуживаемого населения и размерами нормативов финансовых затрат, коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, применяемые к базовому нормативу финансовых затрат, рассчитанные, 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, аборт и инфекций, передаваемых половым путем, устанавливаются в соответствии с приложением 3.

В случае, если у фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом или коэффициент специфики, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с

учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года, и рассчитывается следующим образом:

$$OC_{\text{ФАП}}^j = OC_{\text{ФАП}_{\text{НГ}}}^j + \left(\frac{\text{БНФ}_{\text{ФАП}}^j \times \text{КС}_{\text{БНФ}}^j}{12} \times n_{\text{МЕС}} \right)$$

, где

$OC_{\text{ФАП}}^j$ - фактический размер финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта;

$OC_{\text{ФАП}_{\text{НГ}}}^j$ - объем средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта с начала года;

$n_{\text{МЕС}}$ - количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

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

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

Кроме того, за единицу объема медицинской помощи оплачиваются расходы медицинских организаций, не включенные в подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи, установленные приложением 39.

3.1.3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях за единицу объема с профилактической и иными целями устанавливаются по тарифу за посещение согласно приложению 10.

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

Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях при обращениях в связи с заболеваниями (законченных случаев лечения заболевания с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2) устанавливаются по тарифу за обращение (законченный случай) согласно приложению 12.

3.1.3.2. Оплата медицинской помощи в неотложной форме, в том числе на дому, в травматологических пунктах и приемных отделениях стационаров без последующей госпитализации, кабинетах неотложной помощи осуществляется по тарифу за посещение по неотложной помощи согласно приложению 11.

3.1.3.3. Оплата проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, для которых территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования установлены отдельные нормативы (проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ) устанавливается по тарифам согласно приложению 26.

3.1.3.4. Оплата посещений с профилактическими целями центров здоровья осуществляется за комплексное посещение по тарифам согласно приложению 20.

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

3.1.3.6. Оплата стоматологической медицинской помощи при профилактических посещениях и обращениях по поводу заболевания осуществляется по условным единицам трудоемкости (УЕТ). Стоимость 1 УЕТ устанавливается равной 229,50 рубля.

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

3.1.3.7. Оплата медицинской помощи, оказываемой при консультативном приеме осуществляется по тарифу за посещение к врачу определенной специальности в соответствии с приложением 10, в том числе в сочетании с оплатой за диагностические исследования, выполняемые в рамках консультативного приема.

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

Перечень медицинских организаций Воронежской области, осуществляющих консультативный прием в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2025 году, устанавливается согласно приложению 1.

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

Комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10–12 посещений.

В случае проведения медицинской реабилитации на дому к стоимости комплексного посещения применяется повышающий коэффициент равный 1,1.

3.1.3.9. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа.

Базовый тариф на оплату гемодиализа (код услуги A18.05.002 «Гемодиализ») устанавливается равным 7 070,12 рубля.

Базовый тариф на оплату перитонеального диализа (код услуги A18.30.001 «Перитонеальный диализ») устанавливается равным 7 787,23 рубля.

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

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

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

3.1.3.11. Тарифы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования, посещение для проведения прививок устанавливаются приложением 20.

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

Оплата профилактических медицинских осмотров, дифференцированные по полу и возрасту, осуществляется по тарифу за комплексное посещение, согласно приложениям 15-16.

Оплата проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления

онкологических заболеваний, осуществляется по тарифу за комплексное посещение согласно приложениям 13-14.

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

Оплата проведения углубленной диспансеризации (1 и 2 этапы) осуществляется согласно приложению 31.

Оплата проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья (1 и 2 этапы), осуществляется согласно приложению 36.

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

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

3.1.3.13. Оплата случаев диспансерного наблюдения, в том числе центрами здоровья, осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядками, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

В норматив финансовых затрат на комплексное посещение по диспансерному наблюдению не включаются расходы, связанные с проведением отдельных диагностических исследований, по которым настоящим Тарифным соглашением установлены отдельные нормативы финансовых затрат.

Медицинская помощь по диспансерному наблюдению детей оплачивается по тарифу обращения в связи с заболеваниями дифференцированно в зависимости от специальности врача (приложение 12).

3.1.3.14. Оплата ведения школ для больных сахарным диабетом осуществляется за комплексное посещение согласно приложению 20.

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

3.2. При оказании медицинской помощи в условиях стационара

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в условиях стационара, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Воронежской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 2025 год, установленных постановлением правительства Воронежской области, составляет 9 057,0 рубля.

Средний норматив финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях, установленный постановлением правительства Воронежской области, (НФЗ_{стац}), составляет 51 489,8 рубля.

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

Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка) в стационарных условиях, включенного в КСГ, на 2025 год устанавливается в размере 33 468,4 рубля.

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

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

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

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

$$СС_{стационар} = БС_{стационар} * КД * КЗ_{КСГ} * КС_{КСГ_{стационар}} * КУС_{МО} * КД_{ЗП_{стационар}} + БС_{стационар} * КД^* * КСЛП_{стационар}, \text{ где}$$

$БС_{стационар}$ - базовая ставка, рублей;

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

Значения коэффициентов относительной затратоемкости устанавливаются приложением 22.

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

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

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

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице);

$КД_{ЗП_{стационар}}$ - коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, значение которого принимается в соответствии с приложением 5;

$КД$ - коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 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» равен 1.

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

$$CC_{стационар} = BC_{стационар} * KЗ_{КСГ} * ((1 - D_{зп}) + D_{зп} * KC_{КСГ_{стационар}} * KUC_{мо} * KD) * KD_{зп_{стационар}} + BC_{стационар} * KD^* * KСЛП_{стационар}$$

, где:

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

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

Таблица 2.

Коэффициенты уровней (подуровней) медицинских организаций

Уровни (подуровни)	Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи
1	0,9
1А	0,8
1Б	0,9
1В	1,0
2 (средний)	1,05
2А	0,9
2Б	1,0
2В	1,1
2Г	1,20
3 (средний)	1,25
3А	1,1
3Б	1,4

Для медицинских организаций, которым решением Комиссии установлены объемы оказания высокотехнологичной медицинской помощи, коэффициент третьего уровня (подуровня) применяется только к отделениям, непосредственно оказывающим высокотехнологичную медицинскую помощь. К остальным отделениям применяется коэффициент второго уровня (подуровня).

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

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

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

Таблица 3.

№	Случаи, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента	Коэффициент сложности лечения пациента
1	Предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний, детей-	0,20

	инвалидов в возрасте до 18 лет), за исключением случаев, к которым применяется КСЛП, предусмотренный пунктом 2 настоящего перечня	
2	Предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов в возрасте до 18 лет), получающих медицинскую помощь по профилю «Детская онкология» и (или) «Гематология»	0,60
3	Оказание медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра, за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки	0,20
4	Развертывание индивидуального поста	0,20
5	Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии*, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации	0,60
6	Проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах в зависимости от сложности вмешательств или операций (уровень 1)**	0,05
7	Проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах в зависимости от сложности вмешательств или операций (уровень 2)**	0,47
8	Проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах в зависимости от сложности вмешательств или операций (уровень 3)**	1,16
9	Проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах в зависимости от сложности вмешательств или операций (уровень 4)**	2,07
10	Проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах в зависимости от сложности вмешательств или операций (уровень 5)**	3,49
11	Проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов***	0,15
14	Проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID-19) в период госпитализации****	0,05
15	Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1)*****	0,17
16	Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 2)*****	0,61

17	Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 3)*****	1,53
	остальные случаи	0

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

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

***- при проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5-ти суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации);

****- за исключением случаев лечения, оплачиваемых по КСГ st12.012 «Грипп, вирус гриппа идентифицирован» и КСГ st12.015-st12.019, используемых для оплаты случаев лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

*****- стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» определяется без учета коэффициента дифференциации субъекта Российской Федерации.

КСЛП в случае проведения сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых может быть применен в случае, если проведение сопроводительной терапии предусмотрено соответствующими клиническими рекомендациями, в рамках госпитализаций в стационарных условиях по КСГ st19.084-st19.089, st19.094-st19.102, st19.144-st19.162.

При использовании схем лекарственной терапии, предусматривающих применение лекарственных препаратов филграстим, деносумаб, эмпэгфилграстим, КСЛП «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» не применяются.

Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии, при применении которых может быть применен КСЛП, определен Методическими рекомендациями.

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

3.2.5. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар;
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;

5. случаи преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;

6. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (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, изложенным в подпунктах 1-7 пункта 3.2.5.) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленных в приложении 34;

9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой государственных гарантий и «Группировщиком» (приложение № 6 к Методическим рекомендациям) (далее - «Группировщик»).

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-10, что и диагноз основного заболевания, и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации/лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию, изложенному в подпункте 2 пункта 3.2.5., не производится.

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

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

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - в размере 80 % от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - в размере 85 % от стоимости КСГ.

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

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

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

Случаи проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 7 и 9 пункта 3.2.5. оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

3.2.6. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов в возрасте 18 лет и старше.

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, длительность цикла, количество

дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае указания в схеме), разовую дозу препарата (фиксированная величина или разовая доза в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в «Группировщиках», для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплаченным в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1 - 6 пункта 3.2.5.

В случае снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» в «Группировщиках» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии) схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям):

- снижение дозы произведено согласно инструкции по применению к химиотерапевтическому препарату или в соответствии с клиническими рекомендациями, в том числе в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- возможность смещения интервала между введениями предусмотрена клиническими рекомендациями, либо необходимость смещения возникла в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Для остальных случаев (в том числе случаев проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) классификационным критерием отнесения к КСГ служит схема sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1 - 6 пункта 3.2.5.

Также схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 3.2.5.) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

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.

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

Прерванные случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, подлежат оплате в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения.

3.2.7. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D).

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D) (далее - ХВГ) включает в себя: наименование лекарственных препаратов, лекарственную форму, режим дозирования, количество дней введения, а также способ введения (в случае указания в схеме).

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при

отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 3.2.5.) в случае проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

3.2.8. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов.

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, способ введения, количество дней введения для инъекционных форм или дней приёма для таблетированных форм, разовую дозу препарата, форму выпуска для препаратов, чей способ введения не меняется в зависимости от формы выпуска, а также слова «поддерживающая терапия» для всех МНН, кроме тех, применение которых не подразумевает выделения этапов инициации и поддерживающей терапии. Для МНН, применение которых не предусматривает этап инициации, как первое введение, так и последующие оплачиваются по КСГ «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1-20)».

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме, в том числе при длительности лечения 3 дня и менее, если она выполнена в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе), а также при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 3.2.5.

3.2.9. Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях:

1. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным основаниям прерванности;

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

3. Оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

4. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

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

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

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

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;

- О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;
- О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;
- О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

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

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

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

Выставление случая только по КСГ st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)», без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)» с пересекающимися сроками лечения не допускается.

При этом если один из двух случаев лечения, оплачиваемых по двум КСГ, является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с п. 3.2.5. настоящего Тарифного соглашения.

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

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

3.2.12. Оплата медицинской помощи по КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией» осуществляется в случае оказания медицинской помощи в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Гериатрия».

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

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

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

В случае, если хотя бы один из параметров отнесения случая лечения к ВМП не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из

выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

После оказания в медицинской организации высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ.

Если пациенту в момент оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «неонатология» или «детская хирургия в период новорожденности» определяются показания к проведению иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции, то данный случай оплачивается по двум (нескольким) тарифам: в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и по соответствующей КСГ в рамках специализированной медицинской помощи. Кратность применения КСГ «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции» должна соответствовать количеству введений паливизумаба для проведения иммунизации за весь период госпитализации.

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

1 группа - 37%; 2 группа - 43%; 3 группа - 18%; 4 группа - 19%; 5 группа - 25%; 6 группа - 34%; 7 группа - 8%; 8 группа - 54%; 9 группа - 37%; 10 группа - 52%; 11 группа - 31%; 12 группа - 28%; 13 группа - 22%; 14 группа - 20%; 15 группа - 19%; 16 группа - 41%; 17 группа - 32%; 18 группа - 2%; 19 группа - 24%; 20 группа - 33%; 21 группа - 30%; 22 группа - 59%; 23 группа - 40%; 24 группа - 26%; 25 группа - 41%; 26 группа - 39%; 27 группа - 38%; 28 группа - 29%; 29 группа - 23%; 30 группа - 48%; 31 группа - 39%; 32 группа - 38%; 33 группа - 27%; 34 группа - 9%; 35 группа - 42%; 36 группа - 25%; 37 группа - 37%; 38 группа - 24%; 39 группа - 22%; 40 группа - 33%; 41 группа - 22%; 42 группа - 45%; 43 группа - 39%; 44 группа - 58%; 45 группа - 50%; 46 группа - 37%; 47 группа - 16%; 48 группа - 13%; 49 группа - 11%; 50 группа - 9%; 51 группа - 8%; 52 группа - 7%; 53 группа - 20%; 54 группа - 17%; 55 группа - 41%; 56 группа - 19%; 57 группа - 56%; 58 группа - 21%; 59 группа - 13%; 60 группа - 17%; 61 группа - 12%; 62 группа - 13%; 63 группа - 4%; 64 группа - 2%; 65 группа - 12%; 66 группа - 8%; 67 группа - 20%; 68 группа - 17%; 69 группа - 27%; 70 группа - 36%; 71 группа - 25%; 72 группа - 48%; 73 группа - 10%; 74 группа - 15%; 75 группа - 12%; 76 группа - 32%; 77 группа - 35%; 78 группа - 18%; 79 группа - 23%; 80 группа - 30%; 81 группа - 35%; 82 группа - 19%; 83 группа - 35%.

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

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

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

Оплата госпитализаций в случае перевода на долечивание:

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

- в другую медицинскую организацию - оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата законченного случая лечения после

перевода осуществляется по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)». Оплата прерванных случаев после перевода осуществляется в соответствии с пунктом 3.2.5.

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

3.2.16. В случае проведения диагностических и/или лабораторных исследований пациентам, в том числе патологоанатомических исследований биопсийного (операционного), находящимся на лечении в медицинских организациях Воронежской области в условиях стационара или дневного стационара, в иных медицинских организациях, стоимость оказанной медицинской помощи уменьшается на стоимость проведенных исследований.

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

3.2.18. При поведении патологоанатомических вскрытий пациентов, умерших в стационаре медицинских организаций, в которых отсутствует патологоанатомическое отделение, оплата патологоанатомических вскрытий осуществляется в рамках межучрежденческих расчетов по тарифам согласно приложению 37.

3.3. При оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Воронежской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 2025 год, установленных постановлением правительства Воронежской области, составляет 2 005,1 рубля.

Средний норматив финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневного стационара, установленный постановлением правительства Воронежской области, (НФЗ_{дс}), составляет 30 299,1 рубля.

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

Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка) в условиях дневного стационара, включенного в КСГ, на 2025 год устанавливается 18 179,5 рубля.

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

Правила отнесения случаев лечения к соответствующей КСГ установлены Методическими рекомендациями.

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

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

$$CC_{\partial c} = BC_{\partial c} * KД * KЗ_{КСГ \partial c} * KC_{КСГ \partial c} * КУС_{МО \partial c} * KД_{ЗП \partial c} + BC_{\partial c} * KД^* * КСЛП_{\partial c}, \text{ где}$$

$BC_{\partial c}$ - базовая ставка, рублей;

$KЗ_{КСГ \partial c}$ – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай оказания медицинской помощи;

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

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

$КУС_{МО \partial c}$ - коэффициент уровня медицинской организации в условиях дневного стационара, в которой был пролечен пациент;

$КСЛП_{\partial c}$ - коэффициент сложности лечения пациента

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице);

$KД_{ЗП \partial c}$ - коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, значение которого не применяется и устанавливается равным 1.

$KД$ - коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 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» равен 1.

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

$$CC_{\partial c \text{ зп}} = BC_{\partial c} * KЗ_{КСГ \partial c} * ((1 - D_{\text{зп}}) + D_{\text{зп}} * KC_{КСГ \partial c} * КУС_{МО \partial c} * KД) * KД_{ЗП \partial c} + BC_{\partial c} * KД^* * КСЛП_{\partial c}, \text{ где}$$

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

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

3.3.4. При оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, коэффициенты сложности лечения пациента применяются в следующих случаях:

Таблица 4.

№	Случаи, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента	Коэффициент сложности лечения
---	---	-------------------------------

		пациента
18	Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1)*	0,29
19	Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 2)*	1,12
20	Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 3)*	2,67
	остальные случаи	0

*- стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» определяется без учета коэффициента дифференциации субъекта Российской Федерации.

КСЛП в случае проведения сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых может быть применен в случае, если проведение сопроводительной терапии предусмотрено соответствующими клиническими рекомендациями, в рамках госпитализаций в стационарных условиях по КСГ ds19.058-ds19.062, ds19.067-ds19.078, ds19.135-ds19.156.

При использовании схем лекарственной терапии, предусматривающих применение лекарственных препаратов филграстим, деносумаб, эмпэгфилграстим, КСЛП «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» не применяются.

Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии, при применении которых может быть применен КСЛП, определен Методическими рекомендациями.

3.3.5. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар;
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. случаи преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (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, установленных в приложении 34;
9. случаи лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020- ds12.027 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой государственных гарантий и «Группировщиком».

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

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

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

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

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

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

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

Случаи проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациентам в возрасте 18 лет и старше, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпункте 7 пункта 3.3.5. оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

3.3.6. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов в возрасте 18 лет и старше, схемы лекарственной терапии при лечении хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D), схемы лекарственной терапии при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов устанавливается пунктами 3.2.6, 3.2.7, 3.2.8.

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

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

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

3.4. При оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации

Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Воронежской области ($ФО_{CP}^{СМП}$), в расчете на 1 застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 2025 год составляет 1 218,7 рубля.

3.4.1. Оплата скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования.

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

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

- с проведением системного тромболизиса;
- специализированными (реанимационными) выездными бригадами.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемый вне медицинской организации ($Пн_{БАЗсмн}$), в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, на 2025 год устанавливается равным – 1 232,02 рубля.

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

$$ДПн_i^i = Пн_{БАЗсмн} * КД_{ПВсмн}^i * КД_{УРсмн}^i * КД_{ЗПсмн}^i, \text{ где}$$

$КД_{ПВсмн}^i$ - коэффициент половозрастного состава;

$КД_{УРсмн}^i$ - коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации) для i-той медицинской организации;

$КД_{ЗПсмн}^i$ - коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i-той медицинской организации.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи учитывают различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры населения и рассчитываются в соответствии с пунктом 2.2. раздела III. «Способы оплаты скорой медицинской помощи, в том числе на основе подушевого норматива финансирования» Методических рекомендаций.

На 2025 год устанавливаются следующие половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи:

Таблица 5.

Половозрастные группы	Женщины	Мужчины
от 0 до 1 года	2,911	3,385
от 1 года до 4 лет	1,629	1,888
от 5 до 17 лет	0,468	0,509
от 18 до 64 лет	0,717	0,704
65 лет и старше	2,168	1,899

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

Устанавливаются следующие коэффициенты уровня расходов медицинских организаций ($КД_{УРсмн}^i$), учитывающие особенности расселения и плотность населения муниципальных образований Воронежской области:

Таблица 6.

Границы плотности населения, чел./на кв. км.	Значение коэффициента
300-1800	0,970
45-299	0,987
21-44	1,030
1-20	1,060

Коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации ($KД_{ЗП_{смп}}^i$) для медицинских организаций не применяются и устанавливаются равными 1.

Коэффициенты половозрастного состава ($KД_{ПВ_{смп}}^i$), коэффициенты уровня расходов медицинских организаций ($KД_{ур_{смп}}^i$), коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации ($KД_{ЗП_{смп}}^i$), дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций, а также среднемесячная численность прикрепленных лиц за ноябрь 2024 года устанавливаются согласно приложению 27.

Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, на месяц ($\Phi O_{смп}^i$) рассчитывается по формуле:

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

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

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

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

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

$$OP_i = \Phi O_{смп}^i - \sum сч1 + \sum сч2, \text{ где}$$

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

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

Медицинские организации, включенные в систему подушевого финансирования скорой медицинской помощи, ежемесячно формируют и представляют в Территориальный фонд ОМС Воронежской области счета на оплату медицинской помощи и персонифицированные

реестры счетов оказанной медицинской помощи по тарифам, установленным установленными настоящим Тарифным соглашением для соответствующей единицы объема медицинской помощи.

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

За вызов скорой медицинской помощи оплачиваются:

- вызовы с проведением системного тромболизиса;
- оказание скорой медицинской помощи специализированными (реанимационными) выездными бригадами;
- оказание скорой медицинской помощи лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации.

Тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи, не входящих в оплату по подушевому нормативу финансирования, а также тариф на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, устанавливаются согласно приложению 28.

3.5. Структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.5.1. Структура тарифа включает в себя расходы:

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

на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, 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, которые детализируются в соответствии с порядком, устанавливаемым в соответствии со статьями 18, 23.1 и 165 Бюджетного кодекса Российской Федерации, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырёхсот тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счёт средств обязательного медицинского страхования.

- при оказании медицинской помощи в условиях стационара:

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

- на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря,

медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, 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, которые детализируются в соответствии с порядком, устанавливаемым в соответствии со статьями 18, 23.1 и 165 Бюджетного кодекса Российской Федерации, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырёхсот тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счёт средств обязательного медицинского страхования.

б) высокотехнологичная медицинская помощь:

- на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, которые детализируются в соответствии с порядком, устанавливаемым в соответствии со статьями 18, 23.1 и 165 Бюджетного кодекса Российской Федерации, расходы на приобретение основных средств.

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

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

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

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

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

3.5.6. За счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение:

- доабортного консультирования беременных женщин, включая консультацию психолога, в целях профилактики прерывания беременности, осуществляемое в соответствии с порядком оказания медицинской помощи женщинам от 20.10.2020 № 1130н.

- проведения патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и/или состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в указанные медицинские организации.

- финансовое обеспечение проведения патологоанатомическими отделениями медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования, диагностических исследований, проводимых по заболеваниям, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

Распределение расходов на содержание патологоанатомических отделений по источникам финансирования (бюджет, ОМС, платные услуги и др.) осуществляется пропорционально количеству проведенных диагностических исследований, вскрытий.

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

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

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

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

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

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

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

$$H = PT * K_{HO}, \text{ где:}$$

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

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

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

В случаях применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (H) рассчитывается по формуле:

$$H = (PT_1 - PT_2) + PT_2 \times K_{HO},$$

где:

H - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

PT_1 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

PT_2 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу);

K_{HO} - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

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

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

$C_{шт}$ - 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 способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленный территориальной программой на год (за исключением кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением № 5 к Правилам обязательного медицинского страхования, для которого РП - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи);

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

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

1. в амбулаторных условиях – 8 005,2 рубля;
2. скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации – 1 245,9 рубля;
3. в стационарных условиях, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – 9 394,6 рубля;
4. в условиях дневного стационара, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – 2 116,4 рубля.

V. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2025 и действует по 31.12.2025. Настоящее Тарифное соглашение распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года.

5.2. В тарифное соглашение вносятся изменения:

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

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

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

г) при внесении изменений в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Минздрава России 10.02.2023 № 44н, приводящие к изменению структуры и содержания тарифного соглашения;

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

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

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

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

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

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

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

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

Приложения: 1. Способы оплаты амбулаторной медицинской помощи в разрезе медицинских организаций Воронежской области, осуществляющих деятельность в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2025 году.

2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в разрезе уровней оказания медицинской помощи на 2025 год.

3. Перечень фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, размер финансового обеспечения и коэффициент специфики на 2025 год.

4. Перечень групп заболеваний, состояний для оплаты первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологической медицинской помощи) в условиях дневного стационара и специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологической медицинской помощи) в стационарных условиях на 2025 год.

5. Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих стационарную медицинскую помощь, в разрезе уровней оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2025 год.

6. Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара в

рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2025 год.

7. Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих скорую медицинскую помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации) в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2025 год.

8. Перечень медицинских организаций и их структурных подразделений для которых применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала на 2025 год.

9. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц на 2025 год.

10. Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях за единицу объема с профилактической и иными целями, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ (взрослое и детское население) на 2025 год.

11. Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2025 год.

12. Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях за единицу объема при обращении по поводу заболевания (взрослое и детское население), в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2025 год.

13. Тарифы на оплату комплексного посещения проведения первого этапа диспансеризации взрослого населения, в том числе при выездах мобильных медицинских комплексов, мобильными медицинскими бригадами и оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2025 год.

14. Тарифы на оплату комплексного посещения проведения диспансеризации, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2025 год.

15. Тарифы на оплату комплексного посещения проведения профилактического медицинского осмотра взрослого населения, в том числе при выездах мобильных медицинских комплексов, мобильными медицинскими бригадами и оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2025 год.

16. Тарифы на оплату комплексного посещения проведения первого этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе при выездах мобильных медицинских комплексов, мобильными медицинскими бригадами и оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2025 год.

17. Тарифы на оплату медицинских услуг по проведению второго этапа диспансеризации взрослого населения, в том числе при оказании

- медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2025 год.
18. Тарифы на оплату лабораторных исследований (за исключением проведения молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2025 год.
19. Тарифы на оплату диагностических исследований (за исключением проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований), в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2025 год.
20. Тарифы на оплату медицинской помощи за единицу объема в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2025 год.
21. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказываемой средним медицинским персоналом в фельдшерских здравпунктах, фельдшерско-акушерских пунктах, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2025 год.
22. Оплата медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара на 2025 год.
23. Коэффициенты относительной затратоемкости к базовому тарифу для оплаты диализа на 2025 год.
24. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в условиях круглосуточного и дневного стационара с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2025 год.
25. Оплата медицинской помощи в условиях дневного стационара на 2025 год.
26. Тарифы на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, для которых установлены отдельные нормативы территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2025 год.
27. Оплата скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, по подушевому нормативу финансирования на 2025 год.
28. Тарифы за вызов скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в том числе лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2025 год.
29. Классификатор медицинских услуг, оказываемых по стоматологии в медицинских организациях Воронежской области в объеме территориальной программы ОМС на 2025 год.
30. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией

штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества на 2025 год.

31. Тарифы на оплату проведения углубленной диспансеризации, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2025 год.

32. Перечень клинико-статистических групп, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию на 2025 год.

33. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), критерии их оценки и целевые значения критериев на 2025 год.

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

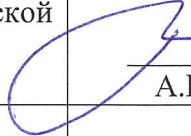
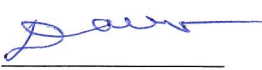
35. Тарифы на оплату комплексного посещения проведения диспансерного наблюдения (взрослое население, дети, проживающие в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме), в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2025 год.

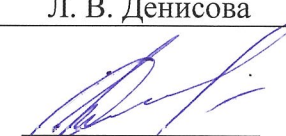
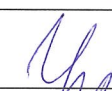
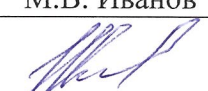
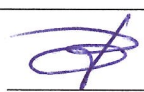
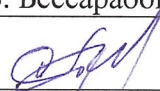
36. Тарифы на оплату проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2025 год.

37. Тарифы на проведение патолого-анатомических вскрытий пациентов, умерших в стационаре медицинских организаций, в которых отсутствует патолого-анатомическое отделение, в рамках межучрежденческих взаиморасчетов, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2025 год.

38. Перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на 2025 год.

39. Перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования на 2025 год.

1	От министерства здравоохранения Воронежской области: Заместитель министра здравоохранения Воронежской области	 Н.Е. Нехаенко
	Заместитель министра здравоохранения Воронежской области	 А.В. Чуриков
	От министерства финансов Воронежской области: Заместитель министра финансов Воронежской области	 Л.В. Тычинин
2	От ТФОМС Воронежской области: Директор ТФОМС Воронежской области	 А.В. Данилов

	Заместитель директора по экономическим вопросам ТФОМС Воронежской области	 Л. В. Денисова
	Начальник отдела формирования и экономического обоснования территориальной программы обязательного медицинского страхования ТФОМС Воронежской области, секретарь Комиссии	 Т.А. Шевелюхина
3	От Воронежской областной организации профсоюза работников здравоохранения: Председатель Воронежской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ	 Т.В. Сапрыкина
	Член Воронежской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ, главный врач БУЗ ВО «Воронежская городская клипическая поликлиника № 3»	 Ю.В. Попова
	Член Воронежской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ, главный врач БУЗ ВО «Областная детская клипическая больница № 2»	 С.А. Авдеев
4	От Союза медицинского сообщества «Ассоциация работников здравоохранения Воронежской области»: Председатель Совета Союза медицинского сообщества «Ассоциация работников здравоохранения Воронежской области»	 М.В. Иванов
	Член Союза медицинского сообщества «Ассоциация работников здравоохранения Воронежской области», начальник общего отдела министерства здравоохранения Воронежской области	 М.А. Шеменев
5	От страховых медицинских организаций: Директор Воронежского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»	 Ю.В. Бессарабова
	Заместитель генерального директора по экономике и финансам ООО «Медицинская страховая компания «ИНКО-МЕД»	 С.П. Курщина