

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

«31» января 2022 г.

г. Хабаровск

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

Представители страховых медицинских организаций в лице:

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

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

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

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

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

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

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

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

I ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Общие положения.

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

- Конституция Российской Федерации;
- Гражданский кодекс Российской Федерации;
- Налоговый кодекс Российской Федерации;
- Бюджетный кодекс Российской Федерации;
- Трудовой кодекс Российской Федерации;
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- Федеральный закон от 06.12.2021 № 392-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;
- Закон Российской Федерации от 19.02.1993 № 4520-1 «О государственных гарантиях и компенсациях для лиц, работающих и проживающих в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях»;
- Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»;
- Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 09.10.2019 № 1304 «Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и Правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 (в ред. от 22.11.2021 № 1632) «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»;
- Закон Хабаровского края от 10.11.2021 № 247 «О краевом бюджете на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;
- Закон Хабаровского края от 10.11.2021 № 250 «О бюджете Хабаровского краевого фонда обязательного медицинского страхования на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;
- постановление Правительства Хабаровского края от 30.12.2021 № 696-пр «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;
- постановление Правительства Хабаровского края от 22.10.2013 № 350-пр (в ред. от 29.12.2021 № 694-пр) «О государственной программе Хабаровского края «Развитие здравоохранения Хабаровского края»;
- приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;
- распоряжение Правительства Хабаровского края от 21.07.2014 № 516-рп «О Плане мероприятий («дорожной карте») «Повышение эффективности и качества услуг здравоохранения в Хабаровском крае»;

- распоряжение Правительства Хабаровского края от 20.06.2016 № 448-рп «О ходе реализации Плана мероприятий («дорожной карты») «Повышение эффективности и качества услуг здравоохранения в Хабаровском крае»;
- Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19);
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.08.2013 № 529н (ред. от 19.02.2020 № 106н) «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций»;
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (ред. от 24.09.2020 № 1010н) «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н (ред. от 15.12.2021 № 1148н) «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н (ред. 02.12.2020) «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – Приказ МЗ РФ № 404н);
- «Методическое пособие по проведению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, углубленной диспансеризации для граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID 19)» (утверждено Минздравом России);
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых»;
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н (ред. от 01.07.2021 № 696н) «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.07.2021 № 698н «Об утверждении Порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке»;
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.02.2021 № 80н «Об утверждении Порядка и сроков рассмотрения тарифных соглашений, заключаемых в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», подготовки заключения Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о соответствии тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования и его типовой формы»;
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее – Требования к тарифному соглашению);
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.01.2022 № 11н «О внесении изменений в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Министерства

здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н»;

- письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.01.2022 № 11-7/И/2-275 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;

- проект письма Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (версия 3.8).

1.2. Термины и определения, применяемые в Соглашении, приведены в Порядке расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС на 2022 год (Приложение № 3).

1.3. Предметом настоящего Соглашения являются:

1.3.1. Способы оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС).

1.3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2022 году.

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

II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

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

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом

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

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

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

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

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

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

- углубленной диспансеризации.

В рамках подушевого финансирования производится оплата объемов обращений по заболеванию, посещений с профилактическими и иными целями, включая мероприятия по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансеризации детей-сирот и профилактических осмотров отдельных категорий граждан.

В подушевой норматив финансирования не включается оплата посещений в неотложной форме, медицинской помощи по профилям «Стоматология», «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

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

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

- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар,

оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении N 5;

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

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

-за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, согласно приложению N 5;

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

по подушевому нормативу финансирования;

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

2.2. Способы оплаты медицинской помощи, используемые при оплате медицинской помощи, оказываемой каждой медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Хабаровского края, в разрезе условий оказания медицинской помощи, видов оказываемой медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, а также структурных подразделений (с указанием их количества), входящих в состав медицинской организации, приведены в Приложении № 1.

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

III. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Настоящее Соглашение устанавливает:

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

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

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

3.3.1. Размер среднего подушевого норматива финансирования с учетом коэффициента дифференциации 8 153,88 рубля, без коэффициента дифференциации - 5 243,65 рубля.

Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц – 1 671,4 рубль.

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

- коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, учитывающие уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, плотность расселения обслуживаемого населения, транспортную доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения; наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала; проведение медицинской организацией профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных

лиц;

- коэффициентов дифференциации по территориям оказания медицинской помощи;

- коэффициента уровня медицинской организации.

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

3.3.3. Значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи, учитывающего наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала (Приложение № 6).

3.3.4. Размер базового норматива финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации и значение коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (Приложение № 7).

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

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

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

3.4. В целях оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара:

3.4.1. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях – 58 024,0 рубля (без КД – 37 314,5 рублей).

Значение коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке, в размере 0,65007.

3.4.2. Размер средней стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях (базовая ставка), включенного в КСГ заболеваний – 24 257,0 рубля.

3.4.3. Значения коэффициента относительной затратноности по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ, при которых оказывается специализированная медицинская помощь в стационарных условиях (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), предусмотренному Приложением 3 Программы (Таблица № 1 Приложение №11).

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

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

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

3.4.7. Доля заработной платы и прочих расходов в структуре затрат при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, по перечню групп КСГ, предусмотренному Приложением 3 к Программе. (Таблица № 1 Приложение № 15).

3.4.8. Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по перечню, установленному Программой ОМС, с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,555, и доли заработной платы в структуре финансовых затрат на оказание ВМП, приведенной в Программе (Приложение № 16).

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

3.5.1. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара – 36 064,6 рубля (без КД – 23 192,7 рубля).

Значение коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке, в размере 0,600.

3.5.2. Размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях дневных стационаров (базовая ставка), включенного в КСГ заболеваний – 13 916,0 рублей.

3.5.3. Значения коэффициента относительной затратноемкости по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ, при которых оказывается медицинская помощь в условиях дневного стационара, предусмотренному приложением 3 Программы. (Таблица № 2 Приложение № 11).

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

3.5.5. Доля заработной платы и прочих расходов в структуре затрат при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара, по перечню групп КСГ, предусмотренному Приложением 3 к Программе. (Таблица № 2 Приложение № 15).

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

3.6. Размер (базовая ставка) на оплату диализа по КСГ в условиях круглосуточного и дневного стационаров:

- гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») - 6164,62 рублей;
- перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ») 4867,72 рублей.

3.7. В качестве основных критериев группировки КСГ для оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров применение следующих справочников:

3.7.1. «КСГ» – перечень КСГ и коэффициенты относительной затратоемкости в соответствии с Перечнем (Приложение № 17).

3.7.2. «МКБ 10» – справочник кодов МКБ 10 с указанием для каждого кода, включенного в группировку, номеров КСГ, к которым может быть отнесен данный код диагноза (Приложение № 18).

3.7.3. «Номенклатура» – справочник кодов Номенклатуры, с указанием для каждого кода услуги, включённого в группировку, номеров КСГ, к которым может быть отнесен данный код (Приложение № 19).

3.7.4. «Схемы лекарственной терапии» – справочник схем лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) с указанием для каждой схемы номера КСГ, к которой может быть отнесен случай госпитализации с применением данной схемы (Приложение № 20).

3.7.5. Справочник «Международных Непатентованных Наименований лекарственных препаратов в сочетании с лекарственной терапией» (сочетания МНН лекарственных препаратов), применяемых в сочетании с лучевой терапией, с указанием для каждой позиции номеров КСГ, к которым может быть отнесен случай госпитализации с применением данного МНН лекарственного препарата (сочетания МНН лекарственных препаратов) (Приложение № 21).

3.7.6. «ДКК» – справочник кодов иных классификационных критериев (в дополнение к справочникам «Схемы лекарственной терапии» и «МНН ЛП», используемых для отнесения случая госпитализации к определенным КСГ) (Приложение № 22).

3.7.7. «Группировщик детальный» – таблица с расшифровкой кодов основных справочников. (Приложение № 23).

3.7.8. «Структура справочников» – таблица, определяющая названия столбцов всех листов файла, а также обозначения кодов, вводимых в файл в дополнение к кодам основных справочников. (Приложение № 23.1).

3.8. В целях оплаты скорой медицинской помощи:

3.8.1. Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования с учетом коэффициента дифференциации 1 276,4 рублей.

Базовый подушевой норматив финансирования, применяемый при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, исключая влияние коэффициентов (дифференциации, уровня, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за вызов скорой медицинской помощи) – 820,8 рублей.

3.8.2. Значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, включая коэффициенты уровня медицинских организаций, половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива, коэффициенты дифференциации, учитывающие особенности расселения и плотность населения, коэффициентов дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, применяемых к базовому подушевому нормативу финансирования, значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь (Таблица № 1 Приложение № 24).

3.8.3. Значения коэффициентов дифференциации по половозрастным группам (Таблица № 2 Приложение № 24).

3.8.4. Значения коэффициентов дифференциации, учитывающие особенности расселения и плотности населения, применяемые при расчете финансового обеспечения по подушевому нормативу (Таблица № 3 Приложение № 24).

3.8.5. Тарифы за выполненный вызов скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (Приложение № 25).

3.9. Структуру тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, включающую расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

3.10. Тарифы на оплату услуг диализа и коэффициенты относительной затратоемкости (Приложение № 26).

3.11. Тарифы на медицинские услуги с применением телемедицинских технологий (Приложение № 27):

- Тарифы на медицинские услуги с применением телемедицинских технологий (Таблицы №№ 1, 2 Приложения № 27);

- Тарифы на диагностические услуги, применяемые для межучрежденческих и межтерриториальных расчетов (Таблица № 3 Приложения № 27)

3.12. Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях (Приложение № 28).

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

4.1. Настоящее Соглашение устанавливает размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (далее – Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и штрафов) (Приложение № 29).

4.2. Для медицинских организаций, финансируемых в рамках подушевого способа оплаты (АПП, СМП) в целях определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи; а также определения размера суммы регрессного взыскания используются действующие тарифы на единицу объема медицинской помощи (Приложение №9) и (или) тарифы за выполненный вызов скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, применяемые для осуществления межтерриториальных расчетов (Приложение №25).

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

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

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

V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Соглашение вступает в силу с момента подписания и распространяется на правоотношения участников системы ОМС с 01 января 2022 года по 31 декабря 2022 года.

5.2. Приложения №№ 1-29 к Соглашению являются его неотъемлемой частью.

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

5.4. Соглашение размещается на официальном сайте министерства здравоохранения Хабаровского края и на официальном сайте Хабаровского краевого фонда ОМС.

И.о. министра
здравоохранения Хабаровского края

Ю.Я. Бойченко

Директор Хабаровского
краевого фонда обязательного
медицинского страхования

Е.В. Пузакова

Председатель Хабаровской
краевой организации
профсоюза работников
здравоохранения Российской
Федерации

О.В. Адмидина

Председатель Союза «Хабаровского
краевого объединения
профсоюзов»

Г.А. Кононенко

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

Н.А. Лазерко

Член общественной
организации «Хабаровская
краевая ассоциация
эндокринологов»

О.В. Ушакова

Член Хабаровской краевой
общественной организации
«Стоматологическая Ассоциация»

Н.В. Африканова