

ГЕНЕРАЛЬНОЕ ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ на 2022 год

1. Общие положения

Комитет по здравоохранению в лице председателя Лисовца Дмитрия Геннадьевича,

Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга» в лице врио директора Стожарова Вадима Владимировича,

страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге, в лице директора Санкт-Петербургского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Ягодиной Олеси Николаевны,

Региональная общественная организация «Врачи Санкт-Петербурга» в лице члена Совета Кима Андрея Вячеславовича,

Межрегиональная Санкт-Петербурга и Ленинградской области организация Профсоюза работников здравоохранения РФ в лице председателя Элиовича Иосифа Григорьевича,

именуемые в дальнейшем Стороны,

заключили генеральное тарифное соглашение (далее – СОГЛАШЕНИЕ) о нижеследующем:

Соглашение разработано и заключено в соответствии с Федеральными законами от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н, Законом Санкт-Петербурга «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» от 20.12.2021 № 618-127 и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Санкт-Петербурга.

СОГЛАШЕНИЕ определяет и устанавливает:

- порядок применения способов оплаты медицинской помощи;
- размер и структуру тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования, являющейся частью Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной Законом Санкт-Петербурга от 20.12.2021 № 618-127 (далее – Территориальная программа ОМС), а также порядок и условия их применения;
- 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.

2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

2.1. Применение способов оплаты 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, 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 за единицу объема медицинской помощи,) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (в том числе используется при оплате 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 в целях диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии).

2.1.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), приведен в Приложении № 2 к СОГЛАШЕНИЮ.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), приведен в Приложении № 17 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.1.3. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц осуществляется финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи в плановой форме и первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме.

2.2. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

2.2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), в соответствии с Территориальной программой ОМС осуществляется:

- за 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, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которых медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, выписки пациента до истечения трех дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 5 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505 (далее – прерванный случай оказания медицинской помощи).

2.2.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, приведен в Приложении № 18 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.2.3. Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи установлен в Приложении № 1 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.2.4. В целях перехода на оплату специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, (далее – Методические рекомендации по способам оплаты) в системе обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга осуществляется пилотный проект по моделированию системы оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях на основе клинико-статистических групп заболеваний (за исключением высокотехнологической медицинской помощи).

2.3. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

2.3.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в соответствии с Территориальной программой ОМС осуществляется:

- за 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, изменения условий оказания медицинской

помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которых медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме, по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, 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 при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения трех дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 5 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505.

2.3.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, приведен в Приложении № 19 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.3.3. Порядок оплаты прерванных случаев лечения установлен в Приложении № 1 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.3.4. В целях перехода на оплату специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты в системе обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга осуществляется пилотный проект по моделированию системы оплаты специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара (в круглосуточном стационаре) на основе клинико-статистических групп заболеваний (за исключением высокотехнологической медицинской помощи).

2.4. Применение способов оплаты 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):

2.4.1. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, в соответствии с Территориальной программой ОМС осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи по тарифам согласно Приложению № 16 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.4.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации (далее – подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи), а также по тарифам на отдельно оплачиваемые услуги, приведен в Приложении № 16 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.4.3. Перечень медицинских услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам (тариф за вызов скорой медицинской помощи и тариф с кодом 911010 «СМП

Системный тромболизис на догоспитальной этапе»), приведен в Приложении № 16 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.5. В соответствии с установленными способами оплаты и на основании приказа Федерального фонда ОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Общие принципы) в рамках информационного взаимодействия при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи поле «Код способа оплаты медицинской помощи» (IDSP) заполняется в соответствии с Классификатором способов оплаты медицинской помощи V010 Приложения А к Общим принципам следующими значениями:

24 - за вызов скорой медицинской помощи;

25 - по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи;

28 - за медицинскую услугу;

29 - за посещение;

30 - за обращение (законченный случай);

32 - за законченный случай лечения заболевания;

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

36 – по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи.

3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. СОГЛАШЕНИЕ устанавливает действующие в 2022 году тарифы на оплату медицинской помощи (медицинские услуги), подушевые нормативы финансирования в объеме Территориальной программы ОМС на основании решений Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге (далее – Комиссия).

Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XII Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н.

Установление тарифов на отдельные медицинские услуги осуществляется в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 13 октября 2017 года № 804н.

Уровни медицинской организации и коэффициенты уровней медицинской организации, установленные согласно Приложению № 18 к СОГЛАШЕНИЮ, применяются при реализации пилотного проекта по моделированию системы оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (в круглосуточном стационаре) на основе клинико-статистических групп заболеваний, в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты (приложение № 21 к СОГЛАШЕНИЮ).

3.2. Размеры тарифов, подушевых нормативов финансирования и порядок их применения устанавливаются согласно Приложениям, которые являются неотъемлемой частью СОГЛАШЕНИЯ и перечислены в пункте 5.2 СОГЛАШЕНИЯ.

3.3. В части оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливаются:

3.3.1. размер среднего подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – средний подушевой норматив финансирования) – 7 336,05 руб.

3.3.2. коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования – 0,157496.

3.3.3. тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай)), мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, согласно Приложениям № 3, № 10, № 11, № 12, № 12-б, № 12-в, № 12-е, № 12-к (часть 1), № 12-диализ, № 12-т, № 13, № 13-а, № 13-б, № 13-ков, № 13-м, № 14, № 14-а к СОГЛАШЕНИЮ.

3.3.4. половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива; коэффициенты специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования, учитывающие половозрастной состав обслуживаемого населения; коэффициенты уровня оказания медицинской помощи, включающие объемы средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации); фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования согласно Приложению № 2 к СОГЛАШЕНИЮ;

3.3.5. тарифы за единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, согласно Приложению № 12-у к СОГЛАШЕНИЮ.

3.3.6. размер базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи в соответствии с Законом Санкт-Петербурга от 20.12.2021 № 618-127 "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов" составляют:

- посещения с иными целями – 562,00 рубля;
- комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров – 2480,00 рублей;
- комплексное посещение для проведения диспансеризация – 3019,10 рублей;
- посещения в неотложной форме – 864,50 рублей;
- обращения в связи с заболеванием – 1937,80 рублей;
- отдельные диагностические (лабораторные) исследования, в том числе:
 - компьютерная томография – 3079,10 рублей;
 - магнитно-резонансная томография – 4330,20 рублей;
 - ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы – 596,10 рублей;
 - эндоскопические диагностические исследования – 1118,40 рублей;

- молекулярно-генетические исследования – 9 901,20 рублей;
- патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2448,40 рублей;
- тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 691,00 рубль.

3.4. В части оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, устанавливаются:

3.4.1. средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге, в расчете на одно застрахованное лицо – 8 716,40 руб., в том числе медицинская реабилитация – 310,40 руб.

3.4.2. тарифы на оплату медицинской помощи за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистические группы заболеваний), за исключением законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, согласно Приложениям № 4, № 4-1, № 5, № 5-1, № 6, № 7, № 8, № 9, № 10, № 11, № 15 к СОГЛАШЕНИЮ.

3.4.3. Для проведения пилотного проекта по моделированию системы оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях на основе клинко-статистических групп заболеваний в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты, для расчета тарифов на законченный случай лечения с проведением химиотерапевтического лечения (включая заболевания лимфоидной и кроветворной тканей); лучевой терапии; химиотерапевтического лечения в сочетании с лучевой терапией; установки, замены порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований; лечения при фебрильной нейтропении, агранулоцитозе вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований, лечения злокачественного новообразования без специального противоопухолевого лечения (включая заболевания лимфоидной и кроветворной тканей); устанавливаются:

перечень групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затроемкости КСГ и тарифов за законченный случай лечения заболеваний по стоимости КСГ согласно Приложениям № 15, № 21 к СОГЛАШЕНИЮ;

размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка (стационар)), на уровне 36 779,90 руб. (с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,236);

поправочные коэффициенты оплаты КСГ устанавливаются в соответствующих приложениях.

3.5. тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи:

- по видам высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств межбюджетного трансферта, предоставляемого из бюджета Санкт-Петербурга бюджету Территориального фонда ОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, согласно Приложению № 4-2 к СОГЛАШЕНИЮ;

- по видам высокотехнологичной медицинской помощи, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, согласно Приложению № 4-3 к СОГЛАШЕНИЮ.

Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, приведен в Приложении № 1 к СОГЛАШЕНИЮ.

3.6. В части оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, устанавливается:

3.6.1. средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге, в расчете на одно застрахованное лицо – 1 909,40 руб.;

3.6.2. тарифы на оплату медицинской помощи за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), согласно Приложениям №3, № 4, № 4-1, № 5, № 5-1, № 6, № 7, № 10, № 11, № 12-а, 12-г, № 12-д, № 12-е, № 12-к (часть 2), № 15 к СОГЛАШЕНИЮ.

3.6.3. Для проведения пилотного проекта по моделированию системы оплаты специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара (в круглосуточном стационаре) на основе клинико-статистических групп заболеваний в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты, для расчета тарифов на законченный случай лечения с проведением химиотерапевтического лечения (включая заболевания лимфоидной и кроветворной тканей); лучевой терапии; химиотерапевтического лечения в сочетании с лучевой терапией; установки, замены порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований; госпитализация в диагностических целях с постановкой / подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием позитронно-эмиссионной томографии совмещенной с компьютерной томографией; госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования; лечения злокачественного новообразования без специального противоопухолевого лечения (включая заболевания лимфоидной и кроветворной тканей); для расчета тарифов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара при использовании вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) устанавливаются:

перечень групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затроемкости КСГ и тарифов за законченный случай лечения заболеваний по стоимости КСГ согласно Приложениям № 21, № 15, № 12-е к СОГЛАШЕНИЮ;

размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ

(базовая ставка (дневной стационар)), на уровне 18 336,98 рублей; (с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,236);

поправочные коэффициенты оплаты КСГ устанавливаются в соответствующих приложениях.

3.7. В части оплаты скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, устанавливаются:

3.7.1. размер среднего подушевого норматива финансирования для оплаты скорой медицинской помощи – 1 393,67 руб.;

3.7.2. коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования – 0,80838;

3.7.3. тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи, медицинская услуга), применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, согласно Приложению № 16 к СОГЛАШЕНИЮ;

3.7.4. коэффициенты специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации для скорой медицинской помощи, согласно Приложению № 16 к СОГЛАШЕНИЮ;

3.7.5. норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи (на 1 вызов скорой медицинской помощи) – 5 000,00 руб.

3.8. Структура тарифа на оплату медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС включает в себя 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 (за исключением бригад скорой и неотложной медицинской помощи), коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества (за исключением расходов на капитальный ремонт), 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 100 тыс. руб.

за единицу. Структура тарифа на оплату высокотехнологичной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС включает в себя расходы на приобретение основных средств вне зависимости от их стоимости.

4. 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

Сведения о перечне оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи 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, (далее – перечень оснований) приведены в Приложении № 20 к СОГЛАШЕНИЮ.

Размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и размеры уплаты штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по перечню оснований исчислены в соответствии с методикой, установленной Правилами обязательного медицинского, и установлены в Приложении № 20 к СОГЛАШЕНИЮ.

5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Изменения и дополнения к настоящему СОГЛАШЕНИЮ оформляются ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ СОГЛАШЕНИЯМИ на основании решений Комиссии и признаются действительными после их оформления в письменном виде и подписания сторонами СОГЛАШЕНИЯ.

5.2. Неотъемлемой частью СОГЛАШЕНИЯ являются:

- Приложение № 1 «Порядок применения тарифов, подушевых нормативов финансирования на оплату медицинской помощи» - на 91 л.;

- Приложение № 2 «Половозрастные коэффициенты дифференциации для половозрастных групп, перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), коэффициенты для расчета подушевого норматива финансирования, размер подушевого финансирования по амбулаторной помощи с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 4 л.;

- Приложение № 3 «Тарифы на оплату медицинской помощи (медицинских услуг), оказываемой в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 7 л.;

- Приложение № 4 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара взрослому населению, с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 60 л.;

- Приложение № 4-1 «Тарифы на оплату медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара взрослому населению, с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 12 л.;

• Приложение № 4-2 «Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи по видам, не включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств межбюджетного трансферта, предоставляемого из бюджета Санкт-Петербурга бюджету Территориального фонда ОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 5 л.;

• Приложение № 4-3 «Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи по видам, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 27 л.;

• Приложение № 5 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара детскому населению, с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 55 л.;

• Приложение № 5-1 «Тарифы на оплату медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара детскому населению, с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 5 л.;

• Приложение № 6 «Тарифы на оплату специализированной онкологической помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара взрослому населению, с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 10 л.;

• Приложение № 7 «Тарифы на оплату специализированной онкологической помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара детскому населению, с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 8 л.;

• Приложение № 8 «Тарифы на реанимационные пособия при оказании медицинской помощи в стационарных условиях взрослому населению с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 1 л.;

• Приложение № 9 «Тарифы на реанимационные пособия при оказании медицинской помощи в стационарных условиях детскому населению с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 1 л.;

• Приложение № 10 «Тарифы на отдельно оплачиваемые услуги с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 24 л.;

• Приложение № 11 «Тарифы на анестезиологические пособия с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 3 л.;

• Приложение № 12 «Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях: за обращение по поводу заболевания (законченный случай лечения), за врачебные посещения, неотложную помощь и исследования с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 13 л.;

• Приложение № 12-а «Тарифы за законченный случай лечения в условиях дневного стационара (в том числе по профилю «медицинская реабилитация») взрослому населению с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 20 л.;

• Приложение № 12-б «Тарифы за обращение граждан по поводу заболевания (законченный случай лечения) в амбулаторных условиях с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 10 л.;

• Приложение № 12-в «Тарифы за законченный случай лечения по профилю «медицинская реабилитация» при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 2 л.;

- Приложение № 12-г «Тарифы за законченный случай лечения сосудистых новообразований (гемангиом) при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара детскому населению с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 1 л.;

- Приложение № 12-д «Тарифы за законченный случай лечения при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара и стационара на дому детскому населению с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 1 л.;

- Приложение № 12-е «Тарифы на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара при использовании вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) с 01.01.2022 по 31.12.2022 - на 4 л.;

- Приложение № 12-к «Тарифы за законченный случай лечения в специализированных центрах диагностики и лечения воспалительных заболеваний кишечника с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 3 л.;

- Приложение № 12-диализ «Тарифы на амбулаторное ведение пациентов с хронической болезнью почек, находящихся на лечении перитонеальным диализом и гемодиализом, в амбулаторных условиях с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 5 л.;

- Приложение № 12-т «Тарифы за амбулаторное ведение пациентов с функционирующими трансплантатами, находящихся на диспансерном наблюдении, и пациентов, находящихся в «листе ожидания трансплантации органа» с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 2 л.;

- Приложение № 12-у «Тарифы за единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 5 л.;

- Приложение № 13 «Тарифы на амбулаторно-консультативную помощь с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 10 л.;

- Приложение № 13-а «Тарифы на исследования компьютерная рентгеномография, магниторезонансная томография с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 6 л.;

- Приложение № 13-б «Тарифы на исследования позитронно-эмиссионной томографии и позитронно-эмиссионной томографии совмещенной с компьютерной томографией, проводимые в амбулаторных условиях с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 1 л.;

- Приложение № 13-ков «Тарифы на оплату лабораторных исследований биологического материала пациентов в амбулаторных условиях на наличие новой коронавирусной инфекции COVID-19 (тестирование на выявление COVID-19) с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 2 л.

- Приложение № 13-м «Тарифы на молекулярно-генетические исследования в амбулаторных условиях с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 3 л.;

- Приложение № 13-пат «Тарифы на прижизненные патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала, в том числе с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 2 л.;

- Приложение № 13-уд «Тарифы на оплату исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19), в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 2 л.;

- Приложение № 14 «Тарифы на первичную медико-санитарную специализированную стоматологическую помощь в амбулаторных условиях с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 16 л.;

- Приложение № 14-а «Тарифы на первичную медико-санитарную специализированную стоматологическую помощь в амбулаторных условиях, оказываемую взрослому и детскому населению в неотложной форме на дому, в воскресные дни и официальные праздничные дни, а также в отдельных медицинских организациях с 22-00 час. до 06-00 час., с 01.01.2022 по 31.12.2022» – на 6 л.;

- Приложение № 15 «Тарифы на оплату отдельных законченных случаев лечения по профилям «Детская онкология» и «Онкология» по стоимости клинко-статистических групп заболеваний с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 11 л.

- Приложение № 16 «Подушевые нормативы финансирования для оплаты скорой медицинской помощи в Санкт-Петербурге, тариф за вызов скорой медицинской помощи, перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, с 01.01.2022 по 31.12.2022» – на 3 л.;

- Приложение № 17 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)» – на 20 л.;

- Приложение № 18 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (с указанием уровня медицинской организации)» – на 3 л.;

- Приложение № 19 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара» – на 10 л.;

- Приложение № 20 «Размеры сумм, не подлежащих оплате (уменьшения оплаты), и размеры штрафов» – на 10 л.;

- Приложение № 21 «Тарифы на законченный случай лечения в стационарных условиях по стоимости клинко-статистических групп заболеваний; тарифы на законченный случай лечения в условиях дневного стационара по стоимости клинко-статистических групп заболеваний; перечень случаев, для которых устанавливается КСЛП (для стационарных условий и условий дневного стационара)», с 01.01.2022 по 31.12.2022» - на 19 л.

5.3. СОГЛАШЕНИЕ вступает в силу с 01.01.2022 и действует по 31.12.2022.

Представители сторон Генерального тарифного соглашения:

**от исполнительного органа
государственной власти Санкт-Петербурга:**

Председатель
Комитета по здравоохранению

Д.Г. Лисовец

«30» декабря 2021 г.

от ТФОМС Санкт-Петербурга:

Врио директора

В.В. Стожаров

«30» декабря 2021 г.

от страховых медицинских организаций:

Директор Санкт-Петербургского филиала
АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»

О.Н. Ягодина

«30» декабря 2021 г.

**от медицинских профессиональных
некоммерческих организаций:**

Член Совета Региональной
общественной организации
«Врачи Санкт-Петербурга»

А.В. Ким

«30» декабря 2021 г.

**от профессиональных союзов
медицинских работников:**

Председатель Межрегиональной
Санкт-Петербурга и Ленинградской области
организации Профсоюза работников
здравоохранения РФ

И.Г. Элиович

«30» декабря 2021 г.