

**Территориальный фонд
обязательного медицинского
страхования**

Мурманской области

РОССИЯ

183032, г. Мурманск, пр. Ленина, 89

тел/факс 42-00-17

Email: 51mtfoms@polarnet.ru

Исх. № 2641/ДК от 29.01.2023

На № _____ от _____

Министру здравоохранения
Мурманской области

Панычеву Д.В.

Тарифное соглашение на 2023 год

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Мурманской области направляет Вам Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования на территории Мурманской области на 2023 год, сформированное на основании решения комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (протокол от 28.12.2022 № 17/2022).

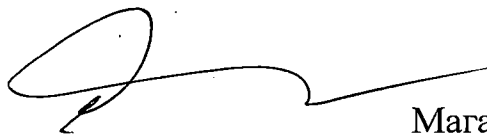
Протокол Комиссии от 28.12.2022 № 17/2022 размещён на официальном сайте ТФОМС.

Информируем, что в соответствии с ч. 5 ст. 30 Федерального закона РФ от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» необходимо обеспечить размещение Тарифного соглашения на официальном сайте в сети «Интернет».

Приложения к Тарифному соглашению направлены электронной почтой.

Приложение: на 77 л. в 1 экз.

Директор



Маган С.В.

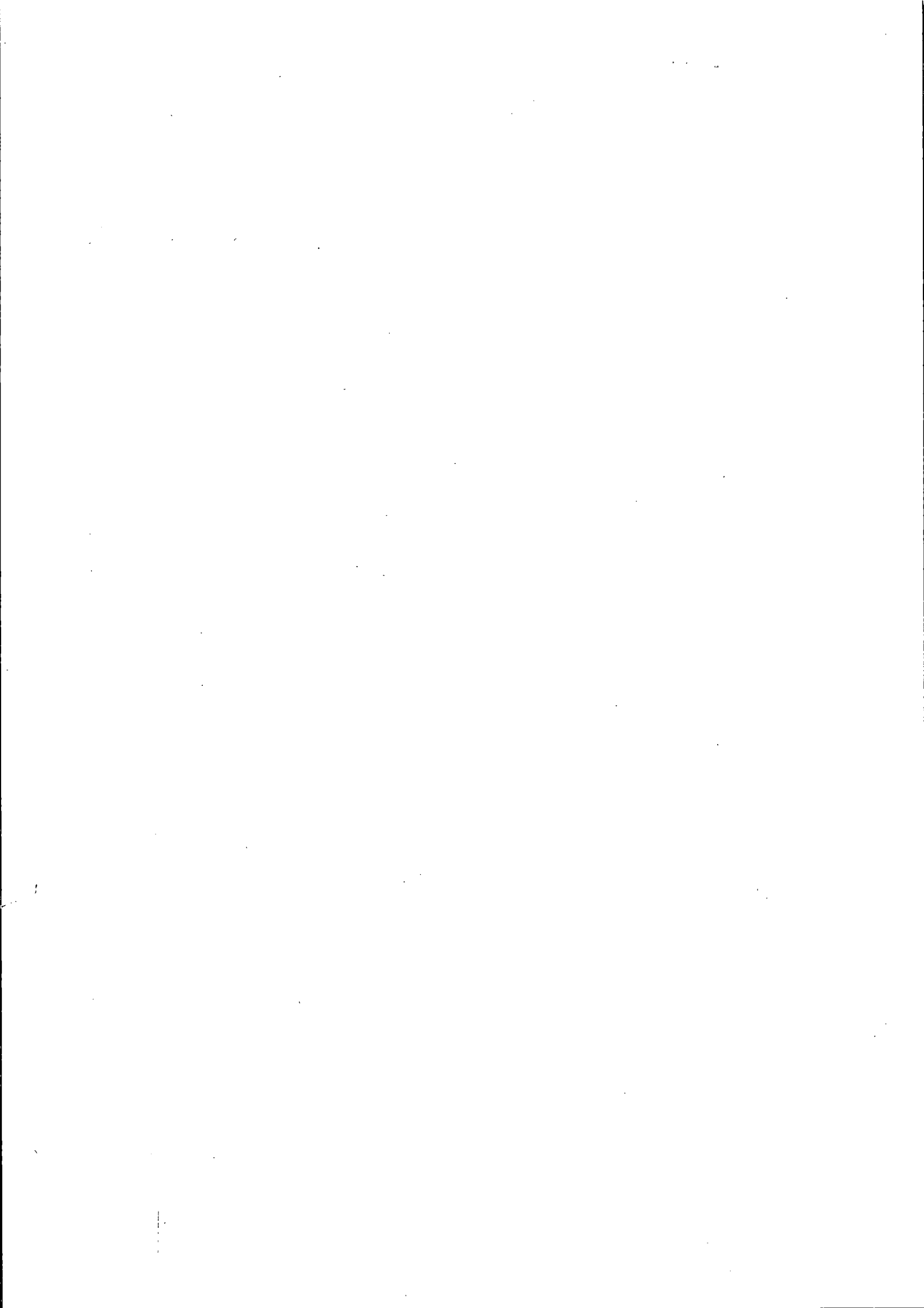
Письменная И.А.
(8152) 42-37-84

Минздрав Мурманской области

Вх. № 08/43

от 09.01.2023

Листов: 1+прил



**Тарифное соглашение
в системе обязательного медицинского страхования
на территории Мурманской области
на 2023 год**

г. Мурманск

28.12.2022

Министерство
здравоохранения
Мурманской области



Д.В. Панычев

Территориальный фонд
обязательного медицинского
страхования Мурманской области



С.В. Маган

Страховые медицинские организации:

Мурманский филиал
АО «Страховая компания
«СОГАЗ-Мед»

Директор



А.Н. Зарайский

Мурманский филиал
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»



Р.В. Москвин

Профессиональные союзы медицинских работников:

Мурманская областная
организация профсоюзов
работников здравоохранения РФ



Ю.В. Величко

Медицинские профессиональные некоммерческие организации:

Региональная общественная
профессиональная организация
«Врачебная палата
Мурманской области»



С.М. Агеев

1944

1945

1946

1947

1948

1949

1950

в дальнейшем совместно именуемые Стороны, в соответствии с пунктом 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» заключили настоящее Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования на территории Мурманской области на 2023 год (далее – Тарифное соглашение).

РАЗДЕЛ I ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Глава 1. Предмет регулирования настоящего Тарифного соглашения

Настоящим Тарифным соглашением Стороны устанавливают:

1) Тарифы на оплату медицинской помощи на территории Мурманской области по Территориальной программе обязательного медицинского страхования (далее – тарифы на оплату медицинской помощи), их структуру и состав компенсируемых расходов медицинских организаций по выполнению Территориальной программы обязательного медицинского страхования.

2) Способы оплаты медицинской помощи на территории Мурманской области по Территориальной программе обязательного медицинского страхования и порядок их применения.

3) Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и размеры применяемых санкций.

Глава 2. Правовые основы настоящего Тарифного соглашения

Правовую основу настоящего Тарифного соглашения составляют следующие нормативные правовые акты и иные документы, в том числе методические рекомендации:

1) Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

2) Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

3) 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»;

4) Постановление Правительства Мурманской области от 27.10.2022 № 847-ПП О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Мурманской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов»;

5) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования»;

6) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

7) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2020 № 1417н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;

8) Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.09.2011 № 1030н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования»;

9) Приказ Минздрава России от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

10) Приказ Минздрава России от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также её финансового обеспечения»;

11) Письмо Минздрава России от 13.01.2022 № 11-7/И/2-275 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022-2024 годы»;

12) Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 02.02.2022 № 11-7/И/2-1619 / 00-10-26-2-06/750.

Глава 3. Основные понятия, используемые в настоящем Тарифном соглашении

1. Для целей настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные определения, термины и сокращения:

1) базовая программа обязательного медицинского страхования (БПОМС) – составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счёт средств обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования¹;

¹ Пункт 8 статьи 3 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

2) внешние обращения – простые и комплексные медицинские услуги, расходы на проведение которых включены в структуру подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, оказанные застрахованным лицам в медицинской организации не по месту прикрепления (в том числе медицинские услуги, оказанные застрахованным лицам, не имеющим прикрепления), по направлению лечащего врача медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу, либо в отсутствие такого направления в случаях, установленных настоящим Тарифным соглашением, подлежащие оплате по тарифам за единицу объёма медицинской помощи за счёт уменьшения объёма подушевого финансирования медицинской организации-заказчика либо медицинской организации по месту прикрепления застрахованного лица;

3) Группировщик – расшифровка клинико-статистических групп заболеваний для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (приложение 8 к Методическим рекомендациям) или условиях дневных стационаров (приложение 9 к Методическим рекомендациям);

4) закон об ОМС – Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

5) законченный случай лечения заболевания в стационаре (дневном стационаре) – совокупность медицинских услуг при оказании медицинской помощи по основному заболеванию, и сопутствующему, влияющему на течение основного заболевания, предоставленных пациенту в стационаре (дневном стационаре) в регламентируемые сроки в виде лечебно-диагностической, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выписки;

6) застрахованное лицо – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии со статьей 10 Закона об ОМС;

7) клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ) – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоёмкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов)²;

8) Комиссия – комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, созданная в соответствии с частью 9 статьи 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»³;

² Совместное письмо Минздрава России и ФФОМС от 02.02.2022 №11-7/И/2-1619/00-10-26-2-06/750

³ Постановление Правительства Мурманской области от 30.12.2011 № 743-ПП «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования»

9) лечащий врач – врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения⁴;

10) медицинская организация – организация любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы либо индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую деятельность, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включённые в соответствии с Законом об ОМС в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

11) Методические рекомендации – методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 02.02.2022 № 11-7/И/2-1619 / 00-10-26-2-06/750;

12) Номенклатура медицинских услуг – номенклатура медицинских услуг, утверждённая приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

13) Порядок проведения контроля – Порядок проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также её финансового обеспечения, утверждённый приказом Минздрава России от 19.03.2021 № 231н;

14) Правила ОМС – Правила обязательного медицинского страхования, утверждённые приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н;

15) прерванный случай лечения заболевания в стационаре (дневном стационаре) – совокупность медицинских услуг при оказании медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационаре (дневном стационаре) в виде лечебно-диагностической, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, от момента поступления до преждевременного выбытия 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 и 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 объёме 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

⁴ Пункт 15 статьи 3 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе 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 с оптимальной длительностью до трёх дней включительно;

16) прикрепление – определение для застрахованного лица медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования по территориально-участковому принципу, либо на основании выбора застрахованным лицом медицинской организации в порядке, установленном статьей 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

17) прикрепившиеся лица – лица, имеющие прикрепление к данной медицинской организации;

18) Программа государственных гарантий (ПГГ) – Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год, утверждённая Правительством Российской Федерации;

19) случай госпитализации – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объёма медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования⁵;

20) страховая медицинская организация (СМО) – страховая организация, имеющая лицензию на осуществление деятельности по обязательному медицинскому страхованию, выданную в установленном законодательством Российской Федерации порядке, включённая в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

21) Территориальная программа обязательного медицинского страхования (ТПОМС) – составная часть Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Мурманской области, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории Мурманской области;

22) Требования – требования к фельдшерско-акушерским пунктам (фельдшерским здравпунктам), установленные Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утверждённым приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н;

23) ТФОМС – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Мурманской области;

⁵ Совместное письмо Минздрава России и ФФОМС от 02.02.2022 №11-7/И/2-1619/00-10-26-2-06/750

24) услуги сторонних организаций – простые медицинские услуги, расходы на проведение которых включены в структуру тарифа на единицу объёма медицинской помощи, оказанные по направлению лечащего врача медицинской организации, выступающей в роли заказчика медицинской услуги, в иной медицинской организации, выступающей в роли исполнителя медицинской услуги, подлежащие оплате в Порядке проведения централизованных взаиморасчётов между медицинскими организациями, утверждаемом ТФОМС;

25) фельдшерский пункт – фельдшерский здравпункт (ФЗП) или фельдшерско-акушерский пункт (ФАП);

26) ФФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

2. Перечень принятых по тексту настоящего Тарифного соглашения и приложений к нему сокращений наименований медицинских организаций, участвующих в реализации ТПОМС, приведён в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

РАЗДЕЛ II СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Глава 1. Основные положения и правила при оплате медицинской помощи по ТПОМС

1. В соответствии с частью 6 статьи 39 Закона об ОМС оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным настоящим Тарифным соглашением, по результатам контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также её финансового обеспечения и в соответствии с порядком, установленным Правилами ОМС, на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи.

2. Плательщиком при оплате медицинской помощи, оказанной медицинской организацией по ТПОМС, является:

1) СМО застрахованного лица на дату завершения лечения при оказании медицинской помощи застрахованным лицам в пределах территории страхования в порядке и на условиях договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

2) ТФОМС:

а) при оказании медицинской помощи застрахованным лицам в пределах территории страхования в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией застрахованного лица на период до выбора в течение двух месяцев застрахованным лицом другой СМО⁶;

б) при оказании медицинской помощи по БПОМС лицам, застрахованным за пределами Мурманской области⁷.

3. При оплате медицинской помощи действуют следующие основные правила:

1) возраст застрахованного лица для определения тарифа принимается по состоянию на дату открытия:

– при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях - талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

⁶ Основание: пункт 17 статьи 38 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ

⁷ Основание: пункт 8 статьи 34 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ

– при оказании медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара) – медицинской карты стационарного больного;

– при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации – карты вызова скорой медицинской помощи;

2) расчёты за оказанную медицинскую помощь осуществляются по тарифам, действовавшим на дату:

– при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях: для медицинских услуг и разовых посещений – оказания медицинской услуги (посещения); для обращений и комплексных медицинских услуг – оказания последней услуги в составе обращения (комплекса);

– при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара – выписки из дневного стационара;

– при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях – выписки из стационара;

– при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях – лечения;

– при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации – вызова скорой медицинской помощи;

3) прикрепление застрахованного лица осуществляется по состоянию на дату закрытия талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

4) для учёта объёмов медицинской помощи с применением методов заместительной почечной терапии лечение в течение одного месяца в амбулаторных условиях принимается за одно обращение;

5) при определении фактической длительности лечения в условиях дневных стационаров день поступления и день выписки считаются как 2 дня⁸; в случае совпадения дня поступления и дня выписки из дневного стационара фактическая длительность лечения принимается равной 1 дню⁹;

6) при определении фактической длительности лечения в стационарных условиях день поступления и день выписки считаются как 1 день¹⁰, за исключением случаев лечения с кодом результата лечения 109 «Лечение продолжено» при оказании паллиативной медицинской помощи, а также при лечении злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей;

7) при определении фактической длительности лечения в стационарных условиях день поступления и день выписки считаются как 2 дня для случаев лечения с кодом результата лечения 109 «Лечение

⁸ Инструкция по заполнению учётной формы 14ДС «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения» (утверждена приказом Минздрава России от 13.11.2003 № 548); Инструкция по заполнению учётной формы № 007/у-02 «Листок ежедневного учёта движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении» (утверждена приказом Минздрава России от 13.11.2003 № 545)

⁹ Письмо ФФОМС от 03.03.2014 №809/30-3 «О порядке учёта пациенто-дней в дневном стационаре»

¹⁰ Инструкция по заполнению учётной формы № 007/у-02 «Листок ежедневного учёта движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении» (утверждена приказом Минздрава России от 13.11.2003 № 545)

продолжено» при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, а также при лечении злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей;

8) при переводах пациента из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот пациент считается как выбывший и вновь поступивший¹¹;

9) оплата прерванных случаев лечения заболевания (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи и медицинской помощи по страховым случаям, включённым в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС) осуществляется в особом порядке;

10) если фактическая длительность лечения при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях более 30 дней медицинская организация имеет право предъявлять на оплату данный случай лечения заболевания ежемесячно с кодом результата лечения 109 «Лечение продолжено»;

11) случаи оказания паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях длительностью свыше 92 дней включаются в реестр счетов на оплату медицинской помощи не реже одного раза в квартал с кодом результата лечения 109 «Лечение продолжено».

12) случаи лечения злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей длительностью более 30 дней предъявляются на оплату ежемесячно, начиная с 30 дней с даты госпитализации с кодом результата лечения 109 «Лечение продолжено»; для каждого случая, предъявляемого к оплате, отнесение к КСГ осуществляется на основании критериев за период для которого формируется счёт;

13) в реестр счетов на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации включаются выполненные вызовы скорой медицинской помощи по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, за исключением безрезультатных выездов; безрезультатные выезды – это случаи, когда больного не оказалось на месте, вызов был ложным (по данному адресу скорую медицинскую помощь не вызывали), не найден адрес, указанный при вызове, пациент оказался практически здоровым и не нуждался в помощи, больной умер до приезда бригады скорой медицинской помощи, больной увезён до прибытия бригады скорой медицинской помощи, больной обслужен врачом поликлиники до прибытия бригады скорой медицинской помощи, больной отказался от помощи (осмотра), вызов отменён¹²;

14) пациентам в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях с целью продолжения лечения, которое начато в возрасте до 18

¹¹ Инструкция по заполнению учётной формы № 007/у-02 «Листок ежедневного учёта движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении» (утверждена приказом Минздрава России от 13.11.2003 № 545)

¹² Основание: Инструкция по заполнению формы отраслевой статистической отчетности № 40 «Отчет станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи» (утверждена приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 02.12.2009 № 942)

лет, первичная специализированная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь могут быть оказаны в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь детям по профилю «Детская онкология», в случаях и при соблюдении условий, установленных порядком оказания медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, по перечню заболеваний, утверждённому приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.05.2022 №344н¹³.

Глава 2. Способы оплаты медицинской помощи, установленные ТПОМС

При оплате медицинской помощи, оказанной при реализации ТПОМС, применяются следующие способы оплаты медицинской помощи¹⁴:

1) По страховым случаям, видам и условиям оказания медицинской помощи, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования:

а) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углублённой диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учётом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объёма медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объёма медицинской помощи;

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

¹³ Приказ Минздрава России от 20.05.2022 № 344н «Об утверждении перечня заболеваний или состояний (групп заболеваний или состояний), при которых страдающие ими лица, достигшие совершеннолетия, вправе до достижения ими возраста 21 года наблюдаться и продолжать лечение в медицинской организации, оказывавшей им до достижения совершеннолетия медицинскую помощь при таких заболеваниях или состояниях (группах заболеваний или состояний)»

¹⁴ Основание: Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Мурманской области

– 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 с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

– профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углублённой диспансеризации;

– диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан;

б) 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, включённого в соответствующую группу заболеваний (в том числе клиничко-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объёме 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 с оптимальной длительностью лечения до трёх дней включительно, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

в) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включённого 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 объёме 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 с оптимальной длительностью лечения до трёх дней включительно, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

г) 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 объёма 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) По страховым случаям, видам и условиям оказания медицинской помощи, включённым в ТПОМС в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования:

а) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

за единицу объёма медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай);

б) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

за единицу объёма медицинской помощи – за койко-день лечения по профилю заболевания;

в) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

за единицу объёма медицинской помощи – за пациенто-день лечения по профилю заболевания.

Глава 3. Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях

1. Оплата первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи, не включённой в структуру подушевого норматива финансирования) в медицинских организациях, оказывающих указанную помощь по территориально-участковому принципу, осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учётом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объёма медицинской помощи).

2. Оплата первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, включённой в структуру подушевого норматива финансирования, оказанной неприкреплённому населению (внешние обращения), в том числе в медицинских организациях, не имеющих прикреплённого населения, осуществляется за единицу объёма медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай):

1) За счёт уменьшения объёма подушевого финансирования, медицинской организации, за которой закреплено застрахованное лицо:

а) при оказании медицинской помощи в онкологическом диспансере в случае наличия направления, выданного лечащим врачом центра амбулаторной онкологической помощи, женской консультации, Медицинского центра «Белая Роза» либо стоматологической поликлиники (отделения, кабинета);

б) при оказании медицинской помощи в центре амбулаторной онкологической помощи в случае наличия направления, выданного лечащим врачом женской консультации, Медицинского центра «Белая Роза» либо стоматологической поликлиники (отделения, кабинета);

в) при оказании медицинской помощи в консультативно-диагностических центрах по профилю «челюстно-лицевая хирургия» в

случае наличия направления, выданного лечащим врачом стоматологической поликлиники (отделения, кабинета);

г) при оказании медицинской помощи в консультативно-диагностических центрах по профилю «Терапия», «Акушерство и гинекология», «Гематология» при наличии направления, выданного лечащим врачом женской консультации;

д) при проведении вакцинации от новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

е) при проведении в травматологических пунктах антирабической вакцинации (вторая и последующие прививки) после контакта с животным;

ж) при осуществлении динамического наблюдения врачом-специалистом областного уровня в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Мурманской области от 12.03.2015 № 116 в случае самостоятельного обращения пациента;

з) при оказании медицинской помощи в центрах здоровья в случае самостоятельного обращения пациента;

и) при оказании медицинской помощи в неотложной форме (за исключением медицинской помощи в стоматологических кабинетах неотложной помощи и медицинской помощи в фельдшерских пунктах), в том числе в приёмном отделении медицинской организации без последующей госпитализации; при этом в рамках одного случая оказания медицинской помощи в приёмном отделении оплате подлежит одно посещение в неотложной форме.

2) За счёт уменьшения объёма подушевого финансирования медицинской организации, выдавшей направление:

а) в онкологический диспансер, консультативно-диагностический центр, центр специализированных видов медицинской помощи, центр охраны зрения, центр амбулаторной онкологической помощи, центр здоровья, исключая случаи, указанные в пункте 1 части 2 настоящей главы;

б) в случаях, указанных в пункте 1 части 2 настоящей главы, если направление выдано при отсутствии у застрахованного лица прикрепления структурным подразделением медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу;

в) к врачу-специалисту иных структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, в том числе по территориально-участковому принципу, в случае направления уведомления в адрес ТФОМС на согласие проведения расчётов за оказанную медицинскую помощь через систему обязательного медицинского страхования;

г) при оказании медицинской помощи в отделениях восстановительного лечения в случае наличия направления лечащего врача медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу.

3) В случаях, указанных в пункте 1 части 2 настоящей главы, при одновременном соблюдении следующих условий:

а) отсутствие у застрахованного лица прикрепления;

б) направление выдано медицинской организацией, не оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, либо имеет место самообращение пациента;

в) помощь оказана медицинской организацией, не оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу.

Медицинские услуги, оказанные на основании рекомендаций, полученных на консультативном приёме, подлежат оплате при условии их согласования с лечащим врачом¹⁵ за исключением случаев оказания в день обращения пациента за консультацией диагностических исследований и (или) консультаций других врачей-специалистов в рамках необходимого объёма обследования, предусмотренного Правилами направления жителей Мурманской области на консультацию к врачам-специалистам областного уровня (приказ Министерства здравоохранения Мурманской области от 29.06.2016 № 452), при невозможности принятия клинического решения врачом-консультантом без результатов соответствующих исследований и (или) консультаций¹⁶. Оплата вышеуказанных медицинских услуг осуществляется на основании направления на консультативный приём, выданного лечащим врачом.

3. Оплата медицинской помощи, не включённой в структуру подушевого норматива финансирования, в том числе в медицинских организациях, не имеющих прикреплённого населения, оказанной лицам, застрахованным на территории Мурманской области, осуществляется за единицу объёма медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай).

3.1. Оплата по тарифам на посещение (комплексное посещение), обращение (законченный случай) осуществляется:

1) При проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (за исключением углублённой диспансеризации);

2) При проведении диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан;

3) При проведении комплексного обследования в Медицинском центре «Белая роза»;

4) При проведении врачебного приёма в центрах (отделениях) вспомогательных репродуктивных технологий в случае наличия направления лечащего врача медицинской организации, оказывающей

¹⁵ Основание: пункт 2 статьи 70 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ

¹⁶ Основание: Приказ Министерства здравоохранения Мурманской области от 29.06.2016 № 452 «Об оказании консультативной помощи населению Мурманской области»

первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, либо лечащего врача женской консультации;

5) При проведении врачебного и доврачебного приёма женщин 18 лет и старше в женских консультациях (за исключением случаев проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации); при этом при проведении доврачебного приёма акушеркой и врачебного приёма врачом-акушером-гинекологом в один день оплате подлежит одно посещение;

6) При проведении амбулаторного приёма, в том числе с применением выездных форм оказания медицинской помощи, врачом-акушером-гинекологом (за исключением случаев проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации) женщин 18 лет и старше, а беременных женщин без ограничения по возрасту;

7) При проведении самостоятельного приёма, в том числе с применением выездных форм оказания медицинской помощи, акушеркой смотрового кабинета медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, женщин 18 лет и старше (за исключением случаев проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации);

8) При проведении врачебного приёма в медико-генетических центрах (консультациях) в случае наличия направления лечащего врача медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, либо лечащего врача женской консультации;

9) При проведении медицинской реабилитации в центрах (отделениях) медицинской реабилитации в случае наличия направления лечащего врача медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, либо лечащего врача онкологического диспансера, либо лечащего врача медицинской организации, осуществляющей медицинскую реабилитацию на первом и (или) втором этапах;

10) При оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по страховым случаям и видам, включённым в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС, в том числе при проведении в период нахождения пациента в стационаре консультативного приёма врачом-специалистом сторонней медицинской организации из числа участвующих в ТПОМС;

11) При оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с заболеванием и (или) подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) в пределах распределённых Комиссией для медицинской организации объёмов предоставления медицинской помощи, имея ввиду обращения по

заболеванию, финансовое обеспечение которых осуществляется за счёт иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура в целях финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации и г. Байконура по предоставлению межбюджетных трансфертов бюджету соответствующего территориального фонда обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение оказания первичной медико-санитарной помощи лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, в том числе с заболеванием и (или) подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), в рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования.

3.2. Оплата по тарифам на услугу осуществляется:

1) При проведении ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы (за исключением исследований, проводимых в объёме всех видов диспансеризации и профилактических медицинских осмотров определённых групп населения, порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами), в случае наличия направления лечащего врача медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу;

2) При проведении компьютерной томографии (за исключением исследований, проводимых в объёме углублённой диспансеризации) или магнитно-резонансной томографии в случае наличия направления лечащего врача медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, либо лечащего врача онкологического диспансера, а при проведении компьютерной томографии лицевого отдела черепа в случаях диагностики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, травмы челюстно-лицевой области либо сложных диагностических ситуациях также по направлению лечащего врача стоматологической поликлиники (отделения, кабинета);

3) При проведении эндоскопических исследований в случае наличия направления лечащего врача медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, либо лечащего врача женской консультации (при проведении кольпоскопии);

4) При проведении молекулярно-генетических и (или) патологоанатомических, в том числе иммуногистохимических, исследований биопсийного (операционного) материала, полученного при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии при наличии направления лечащего врача медицинской

организации из числа оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по ТПОМС;

5) При проведении тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) по направлению лечащего врача медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, в случае:

а) наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

б) наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в том числе для оценки результатов проводимого лечения;

в) положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19), полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации);

6) При проведении радионуклидной диагностики в случае наличия направления лечащего врача медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, либо лечащего врача онкологического диспансера;

7) При проведении генетических исследований в медико-генетических центрах (консультациях) в случае наличия направления лечащего врача медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, либо лечащего врача женской консультации, либо лечащего врача центра (отделения) вспомогательных репродуктивных технологий;

8) При проведении лабораторных исследований лицам с установленными генетическими заболеваниями в медико-генетических центрах (консультациях) в случае наличия направления лечащего врача медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу;

9) При лечении онкологических заболеваний с применением методов лучевой терапии, гипертермии, фотодинамической терапии в случае наличия направления лечащего врача медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, либо лечащего врача онкологического диспансера;

10) При оказании медицинской помощи лицам с хронической почечной недостаточностью с применением методов заместительной почечной терапии в диализных центрах (отделениях).

3.3. Оплата по тарифам на комплекс исследований осуществляется:

1) При проведении пренатального скрининга I триместра в медико-генетических центрах (консультациях) в случае наличия направления лечащего врача медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, либо лечащего врача женской консультации;

2) При проведении углублённой диспансеризации медицинской организацией, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу. При этом услуги в составе комплекса исследований, проводимые сторонними медицинскими организациями, подлежат оплате в рамках гражданско-правовых договоров между медицинскими организациями без участия страховой медицинской организации либо через систему обязательного медицинского страхования согласно Порядку проведения централизованных взаиморасчётов между медицинскими организациями при оказании ими медицинской помощи по ТПОМС.

3.4. Оплата по тарифам на условную единицу трудоёмкости (УЕТ) осуществляется при оказании медицинской помощи, в том числе в неотложной форме, при стоматологических заболеваниях (за исключением обследования в центрах здоровья и случаев проведения всех видов диспансеризации и профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами).

4. Финансовое обеспечение фельдшерских пунктов осуществляется по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации с учётом их соответствия Требованиям.

5. Оплата первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, оказанной лицам, застрахованным за пределами Мурманской области, осуществляется за единицу объёма медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) в порядке, установленном частями 2-3 настоящей главы.

6. Общий размер финансового обеспечения медицинской организации за оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях лицам, застрахованным на территории Мурманской области, (ФО_{АПП}) определяется по формуле:

$$\text{ФО}_{\text{АПП}} = \text{ФО}_{\text{АПП_ПНФ}} + \text{ФО}_{\text{АПП_непр}} + \text{ФО}_{\text{АПП_ед}} + \text{ФО}_{\text{ФАП}} + \\ + S_{\text{АПП_стим}} + S_{\text{АПП_усо}} - S_{\text{АПП_мэк}}$$

(формула 2.3.1), где:

$\Phi O_{\text{АПП_ПНФ}}$ – размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, за оказание медицинской помощи, включённой в структуру подушевого норматива финансирования, рублей;

$\Phi O_{\text{АППнепр}}$ – размер финансового обеспечения медицинской организации, в том числе медицинской организации не имеющей прикреплённого населения, за оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, включённой в структуру подушевого норматива финансирования, неприкреплённому населению (внешние обращения неприкреплённого населения), рублей;

$\Phi O_{\text{АППед}}$ – размер финансового обеспечения медицинской организации за оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, не включённой в структуру подушевого норматива финансирования (за исключением медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Мурманской области), рублей;

$\Phi O_{\text{ФАП}}$ – размер финансового обеспечения фельдшерских пунктов, рублей;

$S_{\text{АППстим}}$ – размер стимулирования медицинской организации за достижение установленных значений целевых показателей результативности деятельности медицинской организации, рублей;

$S_{\text{АПП_УСО}}$ – финансовый результат взаиморасчётов за услуги сторонних организаций, оказанные амбулаторным пациентам, определённый согласно Порядку проведения централизованных взаиморасчётов между медицинскими организациями при оказании ими медицинской помощи по ТПОМС, рублей;

$S_{\text{АПП_МЭК}}$ – размер уменьшения (увеличения) финансового обеспечения медицинской организации за оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях лицам, застрахованным на территории Мурманской области, по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, рублей.

6.1. Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, за оказание медицинской помощи, включённой в структуру подушевого норматива финансирования, ($\Phi O_{\text{АПП_ПНФ}}$) определяется по формуле:

$$\Phi O_{\text{АПП_ПНФ}} = \text{ДПНФ}_{\text{АППбаз}} \times \text{Ч}_H / 12 - \Phi O_{\text{ВНЕШ}}$$

(формула 2.3.2), где:

$\text{ДПНФ}_{\text{АППбаз}}$ – дифференцированный подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (базовая часть), установленный для данной медицинской

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ НА 2023 ГОД

организации настоящим Тарифным соглашением на 01 число расчётного месяца;

$Ч_{\text{Н}}$ – численность прикрепленного населения по состоянию на первое число расчётного месяца, человек;

12 – число месяцев;

$\Phi\text{O}_{\text{ВНЕШ}}$ – размер финансового обеспечения внешних обращений за расчётный месяц, рублей.

Размер финансового обеспечения внешних обращений определяется на основании предъявленных к оплате сторонними медицинскими организациями внешних обращений неприкрепленного населения и соответствующих тарифов на медицинские услуги.

6.2. Размер финансового обеспечения медицинской организации, в том числе медицинской организации, не имеющей прикрепленного населения, за оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, включённой в структуру подушевого норматива финансирования, неприкрепленному населению ($\Phi\text{O}_{\text{АПП}_{\text{непр}}}$), определяется на основании принятых к оплате внешних обращений неприкрепленного населения и тарифов на медицинские услуги, установленных настоящим Тарифным соглашением.

6.3. Размер финансового обеспечения медицинской организации за оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, не включённой в структуру подушевого норматива финансирования (за исключением медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Мурманской области), оплачиваемой за единицу объёма медицинской помощи, ($\Phi\text{O}_{\text{АПП}_{\text{ед}}}$) определяется по формуле:

$$\Phi\text{O}_{\text{АПП}_{\text{ед}}} = \Phi\text{O}_{\text{АПП}_{\text{жк}}} + \Phi\text{O}_{\text{АПП}_{\text{реаб}}} + \Phi\text{O}_{\text{АПП}_{\text{усл}}} + \Phi\text{O}_{\text{АПП}_{\text{проф}}} + \Phi\text{O}_{\text{АПП}_{\text{дн}}} + \Phi\text{O}_{\text{АПП}_{\text{удвн}}} + \Phi\text{O}_{\text{АПП}_{\text{стом}}} + \Phi\text{O}_{\text{АПП}_{\text{свбПОМС}}}$$

(формула 2.3.3), где:

$\Phi\text{O}_{\text{АПП}_{\text{жк}}}$ – размер финансового обеспечения медицинской организации, за оказание медицинской помощи в женских консультациях, Медицинском центре «Белая роза», центрах (отделениях) вспомогательных репродуктивных технологий, медико-генетическом центре (консультации), кабинетах врачей-гинекологов и смотровых кабинетах медицинских организаций, рублей;

$\Phi\text{O}_{\text{АПП}_{\text{реаб}}}$ – размер финансового обеспечения медицинской организации, за оказание медицинской помощи в центрах (отделениях) медицинской реабилитации, рублей;

$\Phi\text{O}_{\text{АПП}_{\text{усл}}}$ – размер финансового обеспечения медицинской организации за оказание отдельных медицинских услуг, не включённых в структуру подушевого норматива финансирования, в том числе отдельных диагностических (лабораторных) исследований, подлежащих оплате за

единицу объёма медицинской помощи в соответствии с нормативами, установленными ТПОМС, рублей;

$\Phi O_{\text{АППроф}}$ – размер финансового обеспечения медицинской организации за проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, рублей;

$\Phi O_{\text{АПДН}}$ – размер финансового обеспечения медицинской организации за проведение диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан, рублей;

$\Phi O_{\text{АПУДВН}}$ – размер финансового обеспечения медицинской организации за проведение углублённой диспансеризации взрослого населения, рублей;

$\Phi O_{\text{АПШстом}}$ – размер финансового обеспечения медицинской организации за оказание стоматологической медицинской помощи, в том числе в неотложной форме, за исключением медицинской помощи в центрах здоровья и случаев проведения всех видов диспансеризации и профилактических медицинских осмотров определённых групп населения, порядка проведения которых установлены нормативными правовыми актами, рублей;

$\Phi O_{\text{АПСвБПОМС}}$ – размер финансового обеспечения медицинской организации за оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по страховым случаям и видам, включённым в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС, рублей.

6.4. Размер финансового обеспечения фельдшерских пунктов с учётом их соответствия Требованиям ($\Phi O_{\text{ФАП}}$) определяется ежемесячно по формуле:

$$\Phi O_{\text{ФАП}} = \sum (\text{БН}\Phi O_{\text{ФАПn}} \times \text{КС}_{\text{ФАП}^i} / 12)$$

(формула 2.3.4), где:

$\text{БН}\Phi O_{\text{ФАПn}}$ – базовый норматив финансового обеспечения фельдшерского пункта n-го типа, установленный ТПОМС;

$\text{КС}_{\text{ФАП}^i}$ – коэффициент специфики фельдшерского пункта, установленный приложением 2.2 к настоящему Тарифному соглашению на 01 число расчётного месяца для i-го фельдшерского пункта с учётом его соответствия Требованиям;

12 – число месяцев.

6.4.1. Размер финансового обеспечения фельдшерских пунктов в разрезе страховых медицинских организаций ($\Phi O_{\text{ФАП}_\text{СМО}}$) определяется пропорционально численности застрахованного населения, прикрепленного к медицинской организации, по формуле:

$$\Phi O_{\text{ФАП}_\text{СМО}} = \Phi O_{\text{ФАП}} / \text{Ч}_\text{Н} \times \text{Ч}_\text{Н}_\text{СМО}$$

(формула 2.3.5), где:

$\Phi O_{\text{ФАП}}$ – размер финансового обеспечения фельдшерских пунктов с учётом их соответствия Требованиям, определённый по формуле 2.3.4, рублей;

$Ч_{\text{Н}}$ – численность населения, прикрепленного к медицинской организации по состоянию на первое число расчётного месяца, человек;

$Ч_{\text{Н_СМО}}$ – численность населения, прикрепленного к медицинской организации по состоянию на 01 число расчётного месяца, застрахованного в данной страховой медицинской организации, человек.

6.5. Стимулирование медицинских организаций (МО), оказывающих первичную медико-санитарную помощь и имеющих прикрепленное население, производится по итогам полугодия в соответствии с Порядком оценки результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, являющимся неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения (приложение 5).

Финансовое обеспечение стимулирования медицинских организаций, имеющих прикрепленное население для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, за достижение показателей результативности их деятельности осуществляется в пределах средств, предусмотренных на эти цели в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

7. Размер финансового обеспечения медицинской организации за оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях лицам, застрахованным за пределами Мурманской области, ($\Phi O_{\text{АППИнобл}}$) определяется исходя из фактически оказанных объёмов медицинской помощи с учётом результатов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи по формуле:

$$\Phi O_{\text{АППИнобл}} = \Sigma(T_{\text{АПП}} \times V_{\text{АППИнобл}}) - S_{\text{АПП_МЭКинобл}}$$

(формула 2.3.7), где:

$T_{\text{АПП}}$ – тариф на единицу объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, установленный настоящим Тарифным соглашением, рублей;

$V_{\text{АППИнобл}}$ – предъявленные к оплате в расчётном месяце объёмы первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях лицам, застрахованным за пределами Мурманской области, посещений, услуг;

$S_{\text{АПП_МЭКинобл}}$ – размер уменьшения (увеличения) финансирования медицинской организации за оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях лицам, застрахованным за пределами Мурманской области, по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, рублей.

Глава 4. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях или условиях дневного стационара

1. Оплата медицинской помощи в условиях дневных стационаров по страховым случаям, включённым в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС, исходя из фактической длительности лечения и соответствующего тарифа на 1 пациенто-день, установленного приложением 3.3 к настоящему Тарифному соглашению.

2. Оплата специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по страховым случаям, включённым в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС, а также паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется, исходя из фактической длительности лечения и соответствующего тарифа на 1 койко-день, установленного приложением 3.4 к настоящему Тарифному соглашению.

3. Оплата специализированной высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется за законченный случай лечения заболевания по тарифам, установленным приложением 3.5 к настоящему Тарифному соглашению.

4. При оказании медицинской помощи в условиях дневных стационаров пациентам, получающим услуги диализа, оплата осуществляется за услуги диализа и, при необходимости, в сочетании с оплатой по КСГ, являющейся поводом для госпитализации; при этом в целях учёта выполненных объёмов в один случай госпитализации включается один месяц лечения.

5. При оказании медицинской помощи в стационарных условиях пациентам, получающим услуги диализа, оплата осуществляется за услуги диализа только в сочетании с оплатой по КСГ, являющейся поводом для госпитализации; при этом в целях учёта выполненных объёмов к законченному случаю относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

6. В случае если госпитализация пациента по основному заболеванию и диализ проводятся в двух разных медицинских организациях, оплата производится по КСГ основного заболевания для медицинской организации, в которую госпитализирован пациент, и дополнительно за оказанные услуги для медицинской организации, в которой проводился диализ.

7. В остальных случаях оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов или в стационарных условиях, осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включённого в соответствующую клинико-статистическую группу.

Алгоритм отнесения случая лечения к определённой КСГ соответствуют алгоритму группировки, определённому Методическими рекомендациями.

В случае если больному со злокачественным новообразованием выполнялось оперативное вмешательство, не являющееся классификационным критерием для онкологических хирургических групп, то отнесение такого случая к КСГ производится по общим правилам, то есть к КСГ, формируемой по коду выполненного хирургического вмешательства.

В случае если злокачественное новообразование выявлено в результате госпитализации с целью оперативного лечения по поводу неонкологического заболевания отнесение к КСГ и оплата осуществляются в соответствии с классификационными критериями по коду медицинской услуги без учёта диагноза злокачественного новообразования.

7.1. Оплата определённых случаев оказания медицинской помощи по системе КСГ осуществляется по следующим правилам:

1) Оплата прерванных случаев лечения осуществляется в доле от стоимости законченного случая лечения, рассчитанной по общим правилам. Конкретная доля оплаты прерванного случая лечения приведена в приложении 3.9 к настоящему Тарифному соглашению. Основаниями для отнесения случая к прерванному в соответствии с ППГ являются:

- а) прерывание лечения по медицинским показаниям;
- б) перевод пациента внутри одной медицинской организации из одного отделения в другое;
- в) изменение условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
- г) перевод пациента из одной медицинской организации в другую;
- д) преждевременная выписка пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения;
- е) летальный исход;
- ж) проведение лекарственной терапии злокачественных новообразований не в полном объёме 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;

з) длительность лечения 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3х дней включительно, в соответствии с приложением 3.9 к настоящему Тарифному соглашению.

2) При переводе пациента из одной медицинской организации в другую оплата осуществляется за каждый случай лечения заболевания по соответствующей КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода

оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев.

3) При переводе пациента внутри одной медицинской организации с одного профиля койки на другой, обусловленном возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, оплата осуществляется за каждый случай лечения заболевания по соответствующей КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев.

4) При переводе пациента внутри одной медицинской организации из одного отделения в другое по поводу лечения одного заболевания, либо заболеваний, входящих в один класс МКБ10, оплата осуществляется за один случай лечения заболевания по КСГ с наибольшим размером оплаты, за исключением отдельных случаев, указанных в пункте 5 части 7.1 настоящей главы. Длительность лечения при этом для данного случая определяется как суммарная продолжительность лечения по всем профилям коек.

5) Оплата по двум и более КСГ при лечении одного заболевания, либо заболеваний, входящих в один класс МКБ10, в рамках одной госпитализации осуществляется в следующих случаях:

а) проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

б) 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) этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающих выписку пациента из стационара;

г) проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

д) дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более;

е) дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 2 дней и более при оказании медицинской помощи по следующим кодам МКБ-10:

О14.1 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;

ж) наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

з) проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

и) 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 не допускается.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум и более КСГ по основаниям «а»-«к», случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности «б»-«г».

б) Случай, 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.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме в следующих случаях:

а) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем, указанных в Группировщике;

б) при условии снижения дозы химиотерапевтических препаратов в соответствии с инструкцией к данным препаратам в связи с усилением токсических реакций (или с тяжестью состояния пациента) и / или увеличения интервала между введениями препарата в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы;

7) При направлении в медицинскую организацию с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов в целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ.

8) Случай лечения пациентов в стационарных условиях при наличии показаний после оказания в медицинской организации высокотехнологичной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ.

9) Оплата по КСГ ds02.007 «Аборт медикаментозный» осуществляется в случае назначения лекарственного препарата по решению врачебной комиссии.

10) В случае перевода пациента с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) на долечивание в стационарных условиях в пределах одной медицинской организации оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшей стоимостью.

11) В случае перевода пациента с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) на долечивание в стационарных условиях в другую медицинскую организацию оплата данного случая оказания медицинской помощи до перевода осуществляется за прерванный случай лечения заболевания по КСГ, соответствующей тяжести заболевания, а после перевода – по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)».

12) В случае перевода пациента с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) на долечивание в амбулаторных условиях оплата данного случая оказания медицинской помощи осуществляется за прерванный случай лечения заболевания по КСГ, соответствующей тяжести заболевания.

13) По КСГ st36.012 и ds36.006 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения», а также по КСГ st19.090-st19.093 и ds19.063-ds19.066 «ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения» может осуществляться оплата случаев введения медицинской организацией лекарственных препаратов, предоставленных пациентом или иной организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования (за исключением лекарственных препаратов, приобретенных пациентом или его представителем за счёт личных средств).

14) Медицинская помощь в неотложной и экстренной формах, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, а также при лечении заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией COVID-19, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, в соответствии с установленными способами оплаты.

8. Размер финансового обеспечения медицинской организации за оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров всех типов лицам, застрахованным на территории Мурманской области, (ФО_{ДС}) определяется по формуле:

$$\text{ФО}_{\text{ДС}} = \text{ФО}_{\text{ДС_КСГ}} + \text{ФО}_{\text{ДС_СВЬПОМС}} + \text{ФО}_{\text{ДС_ДИАЛ}} - S_{\text{ДС_МЭК}}$$

(формула 2.4.1), где:

ФО_{ДС_КСГ} – размер финансового обеспечения медицинской организации за оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров по страховым случаям, установленным БПОМС, подлежащим оплате по

системе КСГ, определённый как суммарная стоимость соответствующих случаев, предъявленных к оплате в расчётном месяце, рублей;

$\Phi_{\text{ДС_СВБПОМС}}$ – размер финансового обеспечения медицинской организации за оказание специализированной медицинской помощи в условиях дневных стационаров по страховым случаям, включённым в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС, определённый как суммарная стоимость соответствующих случаев, предъявленных к оплате в расчётном месяце, рублей;

$\Phi_{\text{ДС_ДИАЛ}}$ – размер финансового обеспечения медицинской организации за оказание медицинской помощи с применением методов заместительной почечной терапии (диализ) в условиях дневных стационаров, определённый как суммарная стоимость соответствующих услуг, предъявленных к оплате в расчётном месяце, рублей;

$S_{\text{ДС_МЭК}}$ – сумма снижения (увеличения) финансирования медицинской организации за оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, рублей.

9. Размер финансового обеспечения медицинской организации за оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях лицам, застрахованным на территории Мурманской области, ($\Phi_{\text{ОСКП}}$) определяется по формуле:

$$\Phi_{\text{ОКС}} = \Phi_{\text{ОКС_КСГ}} + \Phi_{\text{ОКС_ВМП}} + \Phi_{\text{ОКС_ДИАЛ}} + \Phi_{\text{ОКС_СВБПОМС}} + S_{\text{КС_УСО}} - S_{\text{КС_МЭК}}$$

(формула 2.4.2), где:

$\Phi_{\text{ОКС_КСГ}}$ – размер финансового обеспечения медицинской организации за оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по страховым случаям, установленным БПОМС, подлежащим оплате по системе КСГ, определённый как суммарная стоимость соответствующих случаев, предъявленных к оплате в расчётном месяце, рублей;

$\Phi_{\text{ОКС_ВМП}}$ – размер финансового обеспечения медицинской организации за оказание специализированной высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях, определённый как суммарная стоимость соответствующих случаев, предъявленных к оплате в расчётном месяце, рублей;

$\Phi_{\text{ОКС_ДИАЛ}}$ – размер финансового обеспечения медицинской организации за оказание медицинской помощи с применением методов заместительной почечной терапии в стационарных условиях, определённый как суммарная стоимость соответствующих услуг, предъявленных к оплате в расчётном месяце, рублей;

$\Phi O_{\text{КС_СВБПОМС}}$ – размер финансового обеспечения медицинской организации за оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по страховым случаям, включённым в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС, и паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, определённый как суммарная стоимость соответствующих случаев, предъявленных к оплате в расчётном месяце, рублей;

$S_{\text{КС_УСО}}$ – финансовый результат взаиморасчётов за услуги сторонних организаций, оказанные пациентам, получающим медицинскую помощь в стационарных условиях, определённый согласно Порядку проведения централизованных взаиморасчётов между медицинскими организациями при оказании ими медицинской помощи по ТПОМС, рублей;

$S_{\text{КС_МЭК}}$ – сумма снижения (увеличения) финансирования медицинской организации за оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, рублей.

10. Размер финансового обеспечения медицинской организации за оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров (стационарных условиях) лицам, застрахованным за пределами Мурманской области, ($\Phi O_{\text{ДСинобл}}$; $\Phi O_{\text{КСинобл}}$) определяется на основании принятых к оплате реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи с учётом результатов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи по формулам 2.4.1 и 2.4.2 соответственно.

Глава 5. Способы оплаты скорой медицинской помощи вне медицинской организации

1. Оплата скорой медицинской помощи вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) по тарифам за вызов осуществляется в случаях:

- оказания скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии;
- оказания скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Мурманской области.

2. В остальных случаях оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, осуществляется по подушевому нормативу финансирования.

3. Общий размер финансового обеспечения медицинской организации за оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации лицам, застрахованным на территории Мурманской области, (ФО_{СМП}) определяется по формуле:

$$\text{ФО}_{\text{СМП}} = \text{ФО}_{\text{СМП_ПНФ}} + \text{ФО}_{\text{СМП_Тромб}}$$

(формула 2.5.1), где:

ФО_{СМП_ПНФ} – размер финансового обеспечения медицинской организации за оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включённой в структуру подушевого норматива финансирования, рублей;

ФО_{СМП_Тромб} – размер финансового обеспечения медицинской организации за оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации с проведением тромболитической терапии, подлежащей оплате за вызов, рублей.

3.1. Размер финансового обеспечения медицинской организации за оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включённой в структуру подушевого норматива финансирования, (ФО_{СМП_ПНФ}) определяется по формуле:

$$\text{ФО}_{\text{СМП_ПНФ}} = \text{ДПНФ}_{\text{СМП}} \times \text{Ч}_\text{Н} / 12$$

(формула 2.5.2), где:

ДПНФ_{СМП} – дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный Тарифным соглашением для данной медицинской организации (приложение 4.2 к настоящему Тарифному соглашению), рублей;

Ч_Н – численность обслуживаемого населения по состоянию на 01 число расчётного месяца (в случае изменения границ обслуживаемой территории в течение расчётного месяца – среднемесячная численность обслуживаемого населения, рассчитываемая как отношение суммарной численности обслуживаемого населения за каждый день расчётного месяца к количеству календарных дней в расчётном месяце). Под обслуживаемым населением понимаются лица, застрахованные на территории Мурманской области и зарегистрированные по месту пребывания на территории, обслуживаемой медицинской организацией, человек;

12 – число месяцев.

3.2. Размер финансового обеспечения медицинской организации за оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации с проведением тромболитической терапии, подлежащей оплате за вызов, (ФО_{СМП_Тромб}) определяется по формуле:

$$\Phi O_{\text{СМП}_{\text{тромб}}} = V_{\text{СМП}_{\text{тромб}}} \times T_{\text{СМП}_{\text{тромб}}}$$

(формула 2.5.3), где:

$V_{\text{СМП}_{\text{тромб}}}$ – объём вызовов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии, предъявленный к оплате в расчётном месяце, вызовов;

$T_{\text{СМП}_{\text{тромб}}}$ – тариф на 1 вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии, установленный для медицинской организации приложением 4.3 к настоящему Тарифному соглашению, рублей.

4. Размер финансового обеспечения медицинской организации за оказание скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Мурманской области, ($\Phi O_{\text{СМП}_{\text{Инобл}}}$) определяется исходя из фактически выполненных вызовов скорой медицинской помощи к лицам, застрахованным за пределами Мурманской области, и соответствующих тарифов на 1 вызов скорой медицинской помощи, установленных приложением 4.3 к настоящему Тарифному соглашению, по формуле:

$$\Phi O_{\text{СМП}_{\text{Инобл}}} = \Sigma(T_{\text{СМП}} \times V_{\text{СМП}_{\text{Инобл}}}) + \Sigma(T_{\text{СМП}_{\text{тромб}}} \times V_{\text{СМП}_{\text{тромбИнобл}}})$$

(формула 2.5.4), где:

$T_{\text{СМП}}$ – дифференцированный тариф на 1 вызов скорой медицинской помощи вне медицинской организации без проведения тромболитической терапии, установленный для медицинской организации приложением 4.3 к настоящему Тарифному соглашению, рублей;

$T_{\text{СМП}_{\text{тромб}}}$ – дифференцированный тариф на 1 вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии, установленный для медицинской организации приложением 4.3 к настоящему Тарифному соглашению, рублей.

$V_{\text{СМП}_{\text{Инобл}}}$ – предъявленный к оплате в расчётном месяце объём вызовов скорой медицинской помощи без проведения тромболитической терапии к лицам, застрахованным за пределами Мурманской области, вызовов;

$V_{\text{СМП}_{\text{тромбИнобл}}}$ – предъявленный к оплате в расчётном месяце объём вызовов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии к лицам, застрахованным за пределами Мурманской области, вызовов.

РАЗДЕЛ III РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Глава 1. Структура тарифа на оплату медицинской помощи

1. Тарифы на оплату медицинской помощи сформированы в соответствии с методикой расчёта тарифов на оплату медицинской помощи, утверждённой в составе Правил ОМС, принятыми в ТПОМС способами оплаты медицинской помощи, в пределах средств, утверждённых в бюджете ТФОМС на выполнение ТПОМС, и включают в себя статьи затрат, установленные ТПОМС.

Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех страховых медицинских организаций, находящихся на территории Мурманской области, оплачивающих медицинскую помощь в рамках ТПОМС¹⁷.

2. Структура тарифа на оплату медицинской помощи 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, 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 единицу¹⁸.

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.

Структура тарифа на оплату специализированной высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях включает в себя в том числе расходы на приобретение основных средств без ограничения по стоимости.

¹⁷ Основание: пункт 3 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ

¹⁸ Основание: пункт 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ

Тарифы на оплату медицинской помощи в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты¹⁹:

– врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сёстрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сёстрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

– медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сёстрам, в том числе медицинским сёстрам патронажным, за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

– врачам, фельдшерам и медицинским сёстрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

– врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

3. В структуру тарифа на оплату медицинской помощи не включаются расходы на содержание имущества и оплату труда работников в периоды закрытия медицинской организации (структурного подразделения (подразделений) медицинской организации) на проведение плановых и внеплановых ремонтов, карантинных и профилактических мероприятий и простоев в работе медицинской организации (структурного подразделения (подразделений) медицинской организации) по иным причинам.

Указанные расходы могут возмещаться за счёт средств обязательного медицинского страхования в пределах объёма средств, заработанных медицинской организацией.

4. В структуру тарифа на оплату медицинской помощи не включаются и не подлежат оплате из средств обязательного медицинского страхования расходы медицинских организаций:

– не связанные с деятельностью по реализации ТПОМС, в том числе расходы по содержанию имущества, сдаваемого в аренду и (или) используемого в коммерческой деятельности;

– по льготному обеспечению медицинскими препаратами;

– по добровольному медицинскому страхованию работников;

– на приобретение иммунобиологических препаратов для вакцинации населения в соответствии с Национальным календарём профилактических прививок и календарём профилактических прививок по эпидемическим показаниям;

¹⁹ Основание: пункт 8 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ; раздел IV Программы госгарантий

- на осуществление работникам медицинских организаций выплат дополнительных видов и норм материального обеспечения и социальной поддержки;
- на проведение капитального ремонта нефинансовых активов, разработку и экспертизу проектно-сметной документации для его проведения;
- на приобретение основных средств стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу (за исключением случаев оказания специализированной высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях);
- на приобретение, заготовку, переработку, транспортировку и обеспечение безопасности донорской крови и её компонентов;
- на содержание патологоанатомических отделений медицинских организаций (за исключением расходов на проведение диагностических исследований, проводимых в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования);
- на хранение криоконсервированных эмбрионов²⁰;
- на транспортировку пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места их фактического проживания до места получения медицинской помощи методом заместительной почечной терапии и обратно²¹;
- на оплату проезда граждан к месту получения медицинских услуг²²;
- прочие расходы, финансируемые согласно ТПОМС за счёт бюджетов всех уровней.

5. В структуру тарифа на оплату медицинской помощи при заболеваниях (состояниях), установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, не включаются и не подлежат оплате из средств обязательного медицинского страхования расходы на приобретение аллергенов, предназначенных для массовой туберкулинодиагностики.

6. Расходы, включаемые в структуру тарифа на оплату медицинской помощи, распределяются по четырём группам затрат:

- заработная плата и начисления на выплаты по оплате труда;
- лекарственные средства, расходные материалы и изделия медицинского назначения;
- питание;
- иные расходы.

²⁰ Письмо Минздрава России от 13.01.2022 № 11-7/И/2-275 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022-2024 годы»

²¹ Основание: Раздел V Программы госгарантий

²² Основание: Письма ФФОМС от 07.11.2014 № 5630/30-4, от 17.02.2016 №1195/26/и

**Глава 2. Размер и структура тарифов на оплату
первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях**

1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, приведён в приложении 2.1 к настоящему Тарифному соглашению, в том числе:

– в разделе I – перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, в том числе по территориально-участковому принципу;

– в разделе II – перечень структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, расположенных в сельской местности, отдалённых территориях, посёлках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и перечень фельдшерских пунктов в составе медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу.

2. Размер среднего подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по страховым случаям и видам, установленным БПОМС, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТПОМС, в расчёте на одно застрахованное лицо (FO_{AMB_CP}) составляет 10 983,69 рубля и определяется по формуле:

$$FO_{AMB_CP} = ((NO_{O3} \times NFz_{O3} + NO_{MP} \times NFz_{MP} + NO_{NEOTL} \times NFz_{NEOTL} + NO_{PO} \times NFz_{PO} + NO_{DISP} \times NFz_{DISP} + NO_{PIIC} \times NFz_{PIIC} + NO_{DN} \times NFz_{DN}) \times Чз - OC_{MTP}) / Чз$$

(формула 3.2.1), где:

NO_{O3} – средний норматив объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный ТПОМС в части БПОМС, обращений;

NFz_{O3} – средний норматив финансовых затрат на единицу объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный ТПОМС в части БПОМС, рублей;

NO_{MP} – средний норматив объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях для проведения медицинской реабилитации, установленный ТПОМС в части БПОМС, комплексных посещений;

NFz_{MP} – средний норматив финансовых затрат на единицу объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях для проведения медицинской реабилитации, установленный ТПОМС в части БПОМС, рублей;

$N_{\text{неотл}}$ – средний норматив объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный ТПОМС в части БПОМС, посещений;

$N_{\text{фзнеотл}}$ – средний норматив финансовых затрат на единицу объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный ТПОМС в части БПОМС, рублей;

$N_{\text{по}}$ – средний норматив объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный ТПОМС в части БПОМС, комплексных посещений;

$N_{\text{фзпо}}$ – средний норматив финансовых затрат на единицу объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный ТПОМС в части БПОМС, рублей;

$N_{\text{дисп}}$ – средний норматив объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях для проведения диспансеризации, установленный ТПОМС в части БПОМС, комплексных посещений;

$N_{\text{фздисп}}$ – средний норматив финансовых затрат на единицу объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях для проведения диспансеризации, установленный ТПОМС в части БПОМС, рублей;

$N_{\text{пиц}}$ – средний норматив объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях с иными целями, установленный ТПОМС в части БПОМС, посещений;

$N_{\text{фзпиц}}$ – средний норматив финансовых затрат на единицу объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях с иными целями, установленный ТПОМС в части БПОМС, рублей;

$N_{\text{дн}}$ – средний норматив объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях для проведения диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан, установленный ТПОМС в части БПОМС, комплексных посещений;

$N_{\text{фздн}}$ – средний норматив финансовых затрат на единицу объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях для проведения диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан, установленный ТПОМС в части БПОМС, рублей;

$Чз$ – численность застрахованного населения Мурманской области по состоянию на 01 января года, предшествующего очередному, человек;

$О_{\text{мтр}}$ – размер средств, направляемых на оплату первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях застрахованным лицам за пределами Мурманской области за единицу объёма медицинской помощи, рублей.

2.1. Средние нормативы финансовых затрат на единицу объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях

оказываемой в соответствии с ТПОМС в рамках БПОМС, за счёт средств обязательного медицинского страхования составляют:

на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров – 3 533,04 рубля;

на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний, всего – 2 950,65 рубля, в том числе для проведения углублённой диспансеризации – 2 017,51 рубля;

на 1 посещение с иными целями – 962,96 рубля;

на 1 посещение в неотложной форме – 1 432,97 рубля;

на 1 обращение по поводу заболевания – 3 214,13 рубля, включая средние нормативы финансовых затрат на проведение одного исследования:

– компьютерной томографии – 5 010,00 рубля;

– магнитно-резонансной томографии – 6 377,00 рубля;

– ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 1 011,64 рубля;

– эндоскопического диагностического исследования – 1 855,04 рубля;

– молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – 8 568,00 рублей;

– патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний – 3 842,03 рубля;

– тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) - 540,00 рублей;

– на 1 комплексное посещение по медицинской реабилитации – 37045,07 рубля;

– на 1 комплексное посещение по диспансерному наблюдению отдельных категорий граждан – 2 360,86 рубля.

3. Размер коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях к базовому подушевому нормативу финансирования (Пр_{АПП}), исключая влияние применяемых коэффициентов дифференциации и стоимости медицинской помощи, финансируемой в соответствии с нормативами, установленными ТПОМС, (в том числе для фельдшерских пунктов), составляет 0,50400 и определяется по формуле:

$$\text{Пр}_{\text{АПП}} = \text{Округл}(\text{БПНФ}_{\text{АПП}} / \text{ФО}_{\text{АМБ_СР}}; 5)$$

(формула 3.2.2), где:

Округл(число; число разрядов) – функция, округляющая число до указанного количества десятичных разрядов;

$ПН_{АПП}$ – базовый подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными ТПОМС нормативами), рублей;

$ФО_{АМБ_СР}$ – средний подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по страховым случаям и видам, установленным БПОМС, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТПОМС, в расчёте на одно застрахованное лицо, рублей.

4. Базовый подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными ТПОМС нормативами) ($БПНФ_{АПП}$) устанавливается в размере 5 535,81 рубля и определяется по формуле:

$$БПНФ_{АПП} = (ФО_{АМБ_СР} \times Ч_3 - OS_{ФАП} - OS_{ИССЛЕД} - OS_{ПО} - OS_{ДИСП} - OS_{ЕД} - OS_{ДН}) / Ч_{3Р}$$

(формула 3.2.3), где:

$ФО_{АМБ_СР}$ – средний подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, по страховым случаям и видам, установленным БПОМС, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТПОМС, в расчёте на одно застрахованное лицо, установленный пунктом 2 настоящего раздела, рублей;

$Ч_3$ – численность застрахованного населения Мурманской области по состоянию на 01 января года, предшествующего очередному, человек;

$Ч_{3Р}$ – численность застрахованного населения Мурманской области по состоянию на 01 декабря года, предшествующего очередному, (расчётная численность застрахованного населения), человек;

$OS_{ФАП}$ – размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских пунктов в соответствии с установленными ТПОМС размерами финансового обеспечения фельдшерских пунктов и с учётом их соответствия Требованиям, рублей;

$OS_{ИССЛЕД}$ – размер средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, в соответствии с нормативами, установленными ТПОМС в части БПОМС, (за исключением объёма средств, направляемых на оплату соответствующих диагностических исследований застрахованным лицам за пределами Мурманской области), рублей;

$OS_{ПО}$ – размер средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными ТПОМС в части БПОМС, рублей;

ОС_{дисп} – размер средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, в соответствии с нормативами, установленными ТПОМС в части БПОМС, рублей;

ОС_{ед} – размер средств, направляемых на оплату первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, за единицу объёма (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными ТПОМС нормативами), рублей;

ОС_{дн} – размер средств, направляемых на оплату проведения диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан в соответствии с нормативами, установленными ТПОМС в части БПОМС, рублей.

4.1. Размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских пунктов с учётом их соответствия Требованиям, (ОС_{ФАП}) определяется по формуле:

$$ОС_{ФАП} = \sum (БНФО_{ФАПn} \times КС_{ФАПi} / 12 \times Мi)$$

(формула 3.2.4), где:

БНФО_{ФАПn} – базовый норматив финансового обеспечения фельдшерского пункта n-го типа, установленный ТПОМС с учётом численности обслуживаемого населения в размере:

– при обслуживании до 100 жителей – 1 874 889,76 рубля (с учётом понижающего коэффициента в размере 0,858, применяемого к размеру финансового обеспечения фельдшерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей);

– при обслуживании от 100 до 900 жителей – 2 185 186,20 рубля;

– при обслуживании от 900 до 1500 жителей – 3 462 018,30 рубля;

– при обслуживании от 1500 до 2000 жителей – 3 887 442,90 рубля;

КС_{ФАПi} – коэффициент специфики фельдшерского пункта, установленный приложением 2.2 к настоящему Тарифному соглашению на начало года для i-го фельдшерского пункта с учётом его соответствия Требованиям;

12 – число месяцев;

Мi – плановое число месяцев работы фельдшерского пункта в очередном году, месяцев.

Размер финансового обеспечения фельдшерских пунктов включает в себя расходы на оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме. Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерских пунктов.

Размер финансового обеспечения фельдшерских пунктов в составе медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, приведён в приложении 2.2 к настоящему Тарифному соглашению.

4.2. Размер средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, в соответствии с нормативами, установленными ТПОМС в части БПОМС, (за исключением объема средств, направляемых на оплату соответствующих диагностических исследований застрахованным лицам за пределами Мурманской области), (ОС_{ИССЛЕД}) определяется по формуле:

$$ОС_{ИССЛЕД} = \sum(Но_{ИССЛЕДj} \times Нфз_{ИССЛЕДj}) \times Чз - МТР_{ИССЛЕД}$$

(формула 3.2.5), где:

Но_{ИССЛЕДj} – средний норматив объема медицинской помощи для проведения j-го исследования (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)), установленный ТПОМС в части БПОМС, исследований;

Нфз_{ИССЛЕДj} – средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения j-го исследования, установленный ТПОМС в части БПОМС, рублей;

Чз – численность застрахованного населения Мурманской области по состоянию на 01 января года, предшествующего очередному, человек;

МТР_{ИССЛЕД} – объем средств, направляемых на финансовое обеспечение диагностических исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)), проводимых при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях застрахованным лицам за пределами территории страхования, рублей.

4.3. Размер средств, направляемых на оплату первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях застрахованным лицам за единицу объема (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными ТПОМС нормативами), (ОС_{ЕД}) определяется по формуле:

$$ОС_{ЕД} = ОС_{ЖК} + ОС_{РЕАБ} + ОС_{СТОМ} + ОС_{УСЛ}$$

(формула 3.2.7), где:

ОС_{ЖК} – размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях в медико-генетических центрах (консультациях), центрах (отделениях) вспомогательных репродуктивных технологий, Медицинском центре «Белая роза», медицинской помощи женщинам 18 лет и старше, а беременным женщинам без ограничения по возрасту, в женских консультациях, кабинетах врачей-гинекологов и смотровых кабинетах медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу, рублей;

ОС_{РЕАБ} – размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи в центрах (отделениях) медицинской реабилитации, рублей;

ОС_{СТОМ} – размер средств, направляемых на оплату стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях, за исключением медицинской помощи в центрах здоровья, рублей;

ОС_{УСЛ} – размер средств, направляемых на оплату отдельных медицинских услуг, подлежащих оплате за единицу объёма медицинской помощи на основании решения Комиссии (раздел II приложения 2.4 к настоящему Тарифному соглашению), рублей.

4.4. Размер средств, направляемых на оплату проведения диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан в соответствии с нормативами, установленными ТПОМС в части БПОМС, (за исключением объёма средств, направляемых на оплату проведения диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан за пределами Мурманской области), (ОС_{ДН}) определяется по формуле:

$$ОС_{ДН} = Н_{ДН} \times Нфз_{ДН} \times Ч_3 - МТР_{ДН}$$

(формула 3.2.6), где:

Н_{ДН} – средний норматив объёма медицинской помощи для проведения диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан, установленный ТПОМС в части БПОМС, комплексных посещений;

Нфз_{ДН} – средний норматив финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи для проведения диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан, установленный ТПОМС в части БПОМС, рублей;

Ч₃ – численность застрахованного населения Мурманской области по состоянию на 01 января года, предшествующего очередному, человек;

МТР_{ДН} – объём средств, направляемых на финансовое обеспечение проведения диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан за пределами территории страхования, рублей.

5. Подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях устанавливает годовой объём финансовых средств для оплаты оказанной первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в расчёте на одно прикрепившееся

застрахованное лицо и дифференцируется в разрезе медицинских организаций с учётом следующих показателей:

1) специфика оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в данной медицинской организации, учитывающая:

- половозрастную структуру обслуживаемого населения, уровень и структуру заболеваемости в разрезе половозрастных групп;
- уровень расходов медицинских организаций с учётом особенностей плотности населения и транспортной доступности;
- наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдалённых территориях, посёлках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

2) районный коэффициент к заработной плате и процентную надбавку к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, установленные законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР;

3) уровень медицинской организации.

6. В структуру дифференцированного подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (ДПНФ_{АПП}) включены расходы в объёме, обеспечивающем собственную деятельность медицинской организации по оказанию первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, организованной по территориально-участковому принципу, прикрепившимся лицам, застрахованным на территории Мурманской области, а также расходы на внешние обращения.

В структуру ДПНФ_{АПП} включены в том числе расходы на:

- оказание медицинской помощи в неотложной форме;
- оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий;
- оказание медицинской помощи с применением выездных форм.

В структуру ДПНФ_{АПП} не включены расходы на:

- оказание отдельных диагностических (лабораторных) исследований, подлежащих оплате за единицу объёма медицинской помощи в соответствии с нормативами, установленными ТПОМС (раздел I приложения 2.4 к настоящему Тарифному соглашению);
- проведение всех видов диспансеризации (в том числе комплексов исследований в рамках I и II этапов углублённой диспансеризации взрослого населения) и профилактических медицинских осмотров определённых групп населения, порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами, за исключением случаев оказания медицинской помощи по страховым случаям и видам, включённым в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС;

- проведение диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан;
- оказание отдельных медицинских услуг, подлежащих оплате за единицу объёма медицинской помощи согласно решению Комиссии (раздел II приложения 2.4 к настоящему Тарифному соглашению);
- оказание медицинской помощи в центрах (отделениях) медицинской реабилитации, медико-генетических центрах (консультациях), Медицинском центре «Белая роза», центрах (отделениях) вспомогательных репродуктивных технологий;
- оказание медицинской помощи, в том числе с применением выездных форм, женщинам 18 лет и старше, а беременным женщинам без ограничения по возрасту, в женских консультациях, кабинетах врачей-гинекологов и смотровых кабинетах амбулаторных подразделений медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу;
- оказание стоматологической медицинской помощи;
- оказание медицинской помощи по страховым случаям и видам, включённым в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС.

7. Дифференцированный подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (ДПНФ_{АПП}) определяется для каждой медицинской организации по формуле:

$$\text{ДПНФ}_{\text{АПП}} = \text{Округл}(\text{БПНФ}_{\text{АПП}} \times (1 + (\text{КС}_{\text{АПП}} - 1) + (\text{КД}_{\text{СУБ}} - 1) + (\text{КД}_{\text{У}} - 1)); 2)$$

(формула 3.2.8), где:

Округл (число; число разрядов) – функция, округляющая число до указанного количества десятичных разрядов;

БПНФ_{АПП} – базовый подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, рублей;

КС_{АПП} – коэффициент дифференциации БПНФ_{АПП} с учётом специфики оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;

КД_{СУБ} – районный коэффициент дифференциации БПНФ_{АПП};

КД_У – коэффициент дифференциации БПНФ_{АПП} в зависимости от уровня медицинской организации.

7.1. Коэффициент дифференциации БПНФ_{АПП} с учётом специфики оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (КС_{АПП}) определяется для каждой медицинской организации по формуле:

$$\text{КС}_{\text{АПП}} = \text{Округл}(1 + (\text{КД}_{\text{ПВ}} - 1) + (\text{КД}_{\text{ПН}} - 1) + (\text{КД}_{\text{ОТ}} \times \text{ПК} - 1); 5)$$

(формула 3.2.9), где:

Округл(число; число разрядов) – функция, округляющая число до указанного количества десятичных разрядов;

$K_{ДПВ}$ – половозрастной коэффициент дифференциации, определённый для медицинской организации;

$K_{ДПН}$ – коэффициент дифференциации с учётом плотности расселения прикрепленного населения и транспортной доступности;

$K_{ДОТ}$ – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание и оплату труда персонала отдельных структурных подразделений, расположенных в сельской местности, отдалённых территориях, посёлках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек;

ПК – поправочный коэффициент, применяемый в целях приведения средневзвешенного значения $K_{ДОТ}$ к единице.

Коэффициент дифференциации $BПНФ_{АПП}$ с учётом специфики оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях ($KС_{АПП}$) устанавливается в пределах индивидуальных значений.

7.1.1. Половозрастной коэффициент дифференциации ($K_{ДПВ}$) учитывает различия в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола, возраста и определяется для каждой медицинской организации по формуле:

$$K_{ДПВ} = \text{Округл}(\Sigma (Ч_{ГРi} \times K_{ДПВГРi}) / Ч_{ПР}; 5)$$

(формула 3.2.10), где:

Округл(число; число разрядов) – функция, округляющая число до указанного количества десятичных разрядов;

$Ч_{ГРi}$ – численность застрахованного населения, прикрепленного к медицинской организации, попадающего в i -ый половозрастной интервал, по состоянию на 01 декабря года, предшествующего очередному, человек;

$K_{ДПВГРi}$ – коэффициент дифференциации для i -той половозрастной группы застрахованных лиц, установленный настоящим Тарифным соглашением;

$Ч_{ПР}$ – общая численность прикрепленного населения по состоянию на 01 декабря года, предшествующего очередному, человек.

Определение половозрастных коэффициентов дифференциации ($K_{ДПВГР}$) осуществляется исходя из потребления медицинской помощи по половозрастным группам на основе данных предъявленных к оплате реестров счетов в году, предшествующем очередному, за период не менее 10 месяцев.

Для определения $K_{ДПВГР}$ численность прикрепившихся к медицинской организации лиц, распределяется на следующие половозрастные группы:

- ноль – одиннадцать месяцев, мужчины/женщины;
- один – четыре года, мужчины/женщины;
- пять – семнадцать лет, мужчины/женщины;
- восемнадцать – сорок пять лет, мужчины/женщины;

- сорок шесть – шестьдесят четыре года, мужчины/женщины;
- шестьдесят пять лет и старше, мужчины/женщины.

Значения коэффициентов дифференциации для половозрастных групп устанавливаются в следующих размерах:

- 2,97579 – для группы ноль - одиннадцать месяцев, мужчины;
- 2,84526 – для группы ноль - одиннадцать месяцев, женщины;
- 2,64539 – для группы один - четыре года, мужчины;
- 2,51218 – для группы один - четыре года, женщины;
- 1,33382 – для группы пять - семнадцать лет, мужчины;
- 1,35761 – для группы пять - семнадцать лет, женщины;
- 0,50177 – для группы восемнадцать - сорок пять лет мужчины;
- 0,65609 – для группы восемнадцать - сорок пять лет, женщины;
- 0,63531 – для группы сорок шесть – шестьдесят четыре года, мужчины;
- 0,86479 – для группы сорок шесть – шестьдесят четыре года, женщины;
- 1,60000 – для группы шестьдесят пять лет и старше, мужчины;
- 1,60000 – для группы шестьдесят пять лет и старше, женщины.

Половозрастной коэффициент дифференциации ($K_{ДПВ}$) устанавливается для медицинских организаций в пределах индивидуальных значений.

7.1.2. Коэффициент дифференциации по уровню расходов медицинских организаций с учётом плотности расселения прикрепленного населения и транспортной доступности ($K_{ДПН}$) учитывает специфику организации оказания медицинской помощи, обусловленную указанными факторами, и устанавливается в пределах индивидуальных значений.

7.1.3. Коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание и оплату труда персонала отдельных структурных подразделений, расположенных в сельской местности, отдалённых территориях, посёлках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек ($K_{ДОТ}$) определяется для каждой медицинской организации по формуле:

$$K_{ДОТ} = (1 - \sum D_{от i}) + \sum (D_{от i} \times K_{ДОТ i})$$

(формула 3.2.11), где:

$D_{от i}$ – доля населения, обслуживаемая отдельным структурным подразделением i -ой группы, расположенным в сельской местности, отдалённых территориях, посёлках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 человек, в общей численности населения, прикрепленного к медицинской организации;

$K_{ДОТ i}$ – коэффициент дифференциации, установленный настоящим Тарифным соглашением для i -ой группы отдельных структурных подразделений, расположенных в сельской местности, отдалённых территориях, посёлках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 человек.

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ НА 2023 ГОД

Для определения КД_{от} отдельные структурные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельской местности, отдалённых территориях, посёлках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 человек, группируются в зависимости от численности прикреплённого населения:

- группа 1 – до 2 тысяч человек;
- группа 2 – от 2 тысяч до 5 тысяч человек;
- группа 3 – от 5 тысяч до 10 тысяч человек;
- группа 4 – от 10 тысяч до 20 тысяч человек;
- группа 5 – от 20 тысяч до 30 тысяч человек;
- группа 6 – от 30 тысяч до 50 тысяч человек.

Размер КД_{от} устанавливается в следующих размерах:

- для группы 1 – 1,13000;
- для группы 2 – 1,12500;
- для группы 3 – 1,12000;
- для группы 4 – 1,11300;
- для группы 5 – 1,07000;
- для группы 6 – 1,04000.

КД_{от} для фельдшерских пунктов, финансовое обеспечение которых осуществляется в соответствии с нормативами, установленными ТПОМС, принимается равным 1,00000.

КД_{от} устанавливается для медицинских организаций в пределах индивидуальных значений.

8. Районный коэффициент дифференциации БПНФ_{АП} (КД_{суб}), определяется для каждой медицинской организации по формуле:

$$\text{КД}_{\text{суб}} = \text{Округл}(\text{Д}_{\text{зп}} \times \text{К}_{\text{р}}; 5) \times \text{ПК}$$

(формула 3.2.13), где:

Округл(число; число разрядов) – функция, округляющая число до указанного количества десятичных разрядов;

Д_{зп} – доля расходов на оплату труда в общем объёме расходов медицинских организаций на оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;

К_р – сумма средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, которые установлены на обслуживаемой территории законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР;

ПК – поправочный коэффициент, применяемый в целях приведения средневзвешенного значения районного коэффициента дифференциации к единице.

Районный коэффициент дифференциации базовой ставки подушевого

норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях устанавливается для всех медицинских организаций равным 1,00000.

9. Коэффициент дифференциации БПНФ_{АПП} в зависимости от уровня медицинской организации (КД_у) является единым для медицинских организаций одного уровня (подуровня).

КД_у устанавливается для всех медицинских организаций равным 1,00000.

10. Размер базового подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (БПНФ_{АПП}), коэффициенты дифференциации БПНФ_{АПП} и дифференцированные подушевые нормативы финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (ДПНФ_{АПП}) приведены в приложении 2.3 к настоящему Тарифному соглашению.

11. В структуру тарифа на простые медицинские услуги включены расходы в объёме, обеспечивающем весь комплекс мероприятий по оказанию простой медицинской услуги.

В структуру тарифа на проведение эндоскопических исследований включены расходы на биопсию, но не включены расходы на проведение молекулярно-генетических и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала.

12. Тарифы на простые медицинские услуги приведены в приложении 2.4 к настоящему Тарифному соглашению, состоящему из трёх разделов:

- Раздел I – «Отдельные диагностические (лабораторные) исследования, подлежащие оплате за единицу объёма медицинской помощи в соответствии с нормативами, установленными ТПОМС»;
- Раздел II – «Простые медицинские услуги, подлежащие оплате за единицу объёма медицинской помощи согласно решению Комиссии»;
- Раздел III – «Простые медицинские услуги, подлежащие оплате в рамках централизованных взаиморасчётов между медицинскими организациями».

13. В структуру тарифа на посещение при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях включены расходы в объёме, обеспечивающем весь комплекс необходимых лечебно-диагностических мероприятий, в том числе расходы на проведение операций (манипуляций), физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж, лечебную физкультуру, услуги процедурного кабинета, проведение рентгенологических, ультразвуковых, эндоскопических, функциональных, лабораторных и прочих диагностических исследований.

В структуру тарифа на посещение при оказании первичной медико-

санитарной помощи в амбулаторных условиях в плановой форме при заболеваниях (состояниях), установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, не включены расходы на отдельные диагностические (лабораторные) исследования, подлежащие оплате за единицу объема медицинской помощи в соответствии с нормативами, установленными ТПОМС (раздел I приложения 2.4 к настоящему Тарифному соглашению), а также расходы на отдельные медицинские услуги, подлежащие оплате за единицу объема медицинской помощи на основании решения Комиссии (раздел II приложения 2.4 к настоящему Тарифному соглашению).

В структуру тарифа на посещение при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в плановой форме в онкологическом диспансере, консультативно-диагностическом центре (отделении), центре специализированных видов медицинской помощи, центре охраны зрения, центре амбулаторной онкологической помощи, центре (отделении) вспомогательных репродуктивных технологий, медико-генетическом центре (консультации) не включены расходы на проведение лечебно-диагностических услуг, на которые для соответствующих структурных подразделений медицинских организаций установлены отдельные тарифы (раздел III приложения 2.4 к настоящему Тарифному соглашению).

В структуру тарифа на комплексное посещение по поводу диспансеризации или профилактического медицинского осмотра включены расходы на проведение всего объема осмотров, исследований и иных мероприятий, предусмотренных соответствующими нормативными правовыми актами в рамках БПОМС, а также расходы на проведение указанных мероприятий в выходные дни.

В структуру тарифа на посещение при оказании паллиативной медицинской помощи на дому выездными патронажными бригадами паллиативной медицинской помощи включены также расходы на приобретение лекарственных препаратов, применяемых в лечебных целях.

13.1. Тарифы на посещение при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в плановой и неотложной форме, а также на комплексное посещение по диспансерному наблюдению отдельных категорий граждан приведены в приложении 2.5 к настоящему Тарифному соглашению.

13.2. Справочник услуг, входящих в состав комплексного посещения по диспансерному наблюдению, приведен в приложении 2.9 к настоящему Тарифному соглашению.

13.3. Тарифы на комплексное посещение по поводу диспансеризации или профилактического медицинского осмотра, в том числе с применением мобильного комплекса, в разрезе половозрастных групп приведены в

разделе I приложения 2.6 к настоящему Тарифному соглашению.

13.4. Тарифы на комплексы исследований при проведении I и II этапов углублённой диспансеризации взрослого населения приведены в разделе II приложения 2.6 к настоящему Тарифному соглашению.

13.5. Тарифы на простые и комплексные медицинские услуги, включённые в объём диспансеризации и профилактических медицинских осмотров определённых групп населения, применяемые, в том числе, при определении тарифа на комплексное посещение по поводу I этапа диспансеризации или профилактического медицинского осмотра, приведены в разделах I и II приложения 2.7 к настоящему Тарифному соглашению.

13.6. Тарифы на комплексное посещение по медицинской реабилитации в амбулаторных условиях при соматических заболеваниях приведены в приложении 2.8 к настоящему Тарифному соглашению.

13.7. Тарифы на 1 условную единицу трудоёмкости (далее – УЕТ) при оказании стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи, оказываемой в центрах здоровья, а также осмотров, предусмотренных в объёме диспансеризации или профилактического медицинского осмотра), в том числе в неотложной форме, приведены в приложении 2.10 к настоящему Тарифному соглашению.

13.8. Справочник стоматологических медицинских услуг, содержащий, в том числе, нормативную длительность услуги, приведён в приложении 2.11 к настоящему Тарифному соглашению.

13.9. Стоимость стоматологической услуги ($S_{МУ}$) определяется в разрезе специальностей стоматологического профиля по формуле:

$$S_{МУ} = \text{Округл}((T_{УЕТ} \times НД_{УЕТ}); 2)$$

(формула 3.2.14), где:

Округл(число; число разрядов) – функция, округляющая число до указанного количества десятичных разрядов;

$T_{УЕТ}$ – тариф на 1 УЕТ, установленный приложением 2.10 к настоящему Тарифному соглашению для соответствующей специальности;

$НД_{УЕТ}$ – нормативная длительность медицинской услуги, выраженная в УЕТ, установленная приложением 2.11 к настоящему Тарифному соглашению.

**Глава 3. Размер и структура тарифов
на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях
или условиях дневных стационаров**

1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневных стационаров и (или) в стационарных условиях, приведён в приложении 3.1 к настоящему Тарифному соглашению.

Распределение медицинских организаций и их структурных подразделений, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, по уровням (подуровням), а также размеры коэффициентов уровня медицинской организации (структурного подразделения) ($K_{УС}$) приведены в приложении 3.2 к настоящему Тарифному соглашению.

2. Размер среднего подушевого норматива финансирования медицинской помощи в условиях дневных стационаров по страховым случаям и видам, установленным БПОМС, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТПОМС, в расчёте на 1 застрахованное лицо ($\Phi O_{ДС_СР}$) составляет 2 858,58 рубля и определяется по формуле:

$$\Phi O_{ДС_СР} = (N_{ОДС} \times N_{ФЗДС} \times Чз - O_{СМТР}) / Чз$$

(формула 3.3.1), где:

$N_{ОДС}$ – средний норматив объёма медицинской помощи в условиях дневных стационаров, установленный ТПОМС в части БПОМС, случаев;

$N_{ФЗДС}$ – средний норматив финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи в условиях дневных стационаров, установленный ТПОМС в части БПОМС, рублей;

$Чз$ – численность застрахованного населения Мурманской области по состоянию на 01 января года, предшествующего очередному, человек;

$O_{СМТР}$ – размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи в условиях дневных стационаров застрахованным лицам за пределами Мурманской области, рублей.

3. Размер среднего подушевого норматива финансирования специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по страховым случаям и видам, установленным БПОМС, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТПОМС, в расчёте на 1 застрахованное лицо ($\Phi O_{КС_СР}$) составляет 11 516,38 рубля и определяется по формуле:

$$\Phi O_{КС_СР} = (N_{ОКС} \times N_{ФЗКС} \times Чз - O_{СМТР}) / Чз$$

(формула 3.3.2), где:

$N_{оКС}$ – средний норматив объёмов специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, установленный ТПОМС в части БПОМС, случаев;

$N_{фзКС}$ – средний норматив финансовых затрат на единицу объёма специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, установленный ТПОМС в части БПОМС, рублей;

$Чз$ – численность застрахованного населения Мурманской области по состоянию на 01 января года, предшествующего очередному, человек;

$ОС_{МТР}$ – размер средств, направляемых на оплату специализированной медицинской помощи в стационарных условиях застрахованным лицам за пределами Мурманской области, рублей.

4. В структуру тарифа на оказание медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневных стационаров) включены расходы в объёме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс при лечении основного заболевания и сопутствующего, влияющего на течение основного и (или) требующего постоянной поддерживающей терапии, в том числе расходы на проведение лабораторных, рентгенологических, ультразвуковых, эндоскопических, функциональных лечебно-диагностических исследований, гистологических исследований биопсийного и операционного материала, физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж, лечебную физкультуру, аппаратное лечение, консультации штатных и внештатных специалистов и другие аналогичные расходы.

В структуру тарифа на случаи лечения с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях включены, в том числе, нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения, а также расходы на проведение сопутствующей терапии для коррекции нежелательных явлений (противорвотные препараты, препараты, влияющие на структуру и минерализацию костей, и другие, за исключением указанных в пункте 9.4 настоящей главы).

5. Тарифы на 1 законченный случай лечения заболевания для оплаты специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по страховым случаям, включённым в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС, приведены в приложении 3.3 к настоящему Тарифному соглашению.

6. Тарифы на 1 койко-день для оплаты паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях и специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по страховым случаям, включённым в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС, приведены в приложении 3.4 к настоящему Тарифному соглашению.

7. Тарифы на 1 законченный случай лечения заболевания с применением высоких технологий ($T_{\text{ВМП}}$) определяются по формуле:

$$T_{\text{ВМП}} = \text{НЗ}_{\text{ВМП}} \times (K_{\text{СУБ}} \times d + (1 - d))$$

(формула 3.3.3), где:

$\text{НЗ}_{\text{ВМП}}$ – норматив финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включённых в БПОМС, финансовое обеспечение которых осуществляется за счёт субвенции из бюджета ФФОМС бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, установленный Программой госгарантий;

$K_{\text{СУБ}}$ (равный 1,861) – районный коэффициент дифференциации, рассчитанный для Мурманской области в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462;

d – доля норматива финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включённых в БПОМС, финансовое обеспечение которых осуществляется за счёт субвенции из бюджета ФФОМС бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, к которой применяется коэффициент дифференциации, установленный Программой госгарантий.

Нормативы финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи ($\text{НЗ}_{\text{ВМП}}$), доля норматива финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи, к которой применяется коэффициент дифференциации, установленный Программой госгарантий, (d) и тарифы на 1 законченный случай лечения заболевания для оплаты специализированной высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях приведены в приложении 3.5 к настоящему Тарифному соглашению.

8. Стоимость законченного случая лечения заболевания в условиях дневного стационара (стационарных условиях), за исключением случаев, для которых ППГ установлена доля заработной платы и прочих расходов, по КСГ ($S_{\text{КСГсл}}$) рассчитывается для каждой медицинской организации по формуле:

$$S_{\text{КСГсл}} = \text{Округл}(BC_2 \times K_{\text{СУБ}} \times (K_3 \times K_{\text{Ст}} \times K_{\text{УС}} + K_{\text{СЛП}}); 2)$$

(формула 3.3.4), где:

Округл(число; число разрядов) – функция, округляющая число до указанного количества десятичных разрядов;

BC_2 – базовая ставка финансирования медицинской помощи без учёта коэффициента дифференциации в условиях дневного стационара (стационарных условиях), установленная настоящим Тарифным соглашением, рублей;

$K_{\text{СУБ}}$ (равный 1,861) – районный коэффициент дифференциации, рассчитанный для Мурманской области в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462;

K_3 – коэффициент относительной затратноёмкости, установленный настоящим Тарифным соглашением для соответствующей КСГ;

$K_{\text{Сст}}$ – коэффициент специфики оказания медицинской помощи в условиях дневных стационаров ($K_{\text{ДС}}$) (стационарных условиях ($K_{\text{КС}}$)), установленный настоящим Тарифным соглашением для соответствующей КСГ;

$K_{\text{УС}}$ – коэффициент уровня стационара, установленный настоящим Тарифным соглашением для соответствующего структурного подразделения медицинской организации (для дневных стационаров всех типов принимается равным 1,0);

$K_{\text{СЛП}}$ – коэффициент сложности лечения пациента, учитывающий более высокий уровень затрат на пациента (при необходимости сумма применяемых коэффициентов).

9. Стоимость законченного случая лечения заболевания для случаев, для которых ППГ установлена доля заработной платы и прочих расходов, ($S_{\text{КСГслПГ}}$) рассчитывается для каждой медицинской организации по формуле:

$$S_{\text{КСГслПГ}} = \text{Округл}(BC_2 \times K_3 \times ((1 - D_{\text{ЗП}}) + D_{\text{ЗП}} \times ПК_{\text{КСГ}} \times K_{\text{СУБ}}) + BC_2 \times K_{\text{СУБ}} \times K_{\text{СЛП}}; 2)$$

(формула 3.3.5), где:

Округл(число; число разрядов) – функция, округляющая число до указанного количества десятичных разрядов;

BC_2 – базовая ставка финансирования медицинской помощи в условиях дневного стационара (стационарных условиях) без учета коэффициента дифференциации, установленная настоящим Тарифным соглашением, рублей;

$K_{\text{СУБ}}$ (равный 1,861) – районный коэффициент дифференциации, рассчитанный для Мурманской области в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462;

K_3 – коэффициент относительной затратноёмкости, установленный настоящим Тарифным соглашением для соответствующей КСГ в соответствии с Методическими рекомендациями;

$D_{\text{ЗП}}$ – доля заработной платы и прочих расходов по оплате труда в структуре стоимости КСГ, установленная для отдельных КСГ настоящим Тарифным соглашением в соответствии с Методическими рекомендациями;

$ПК_{\text{КСГ}}$ – поправочный коэффициент оплаты КСГ;

$K_{\text{СЛП}}$ – коэффициент сложности лечения пациента, учитывающий более высокий уровень затрат на пациента (при необходимости сумма применяемых коэффициентов).

9.1. Базовая ставка стоимости законченного случая лечения с учетом коэффициента дифференциации в условиях дневных стационаров, включённого в КСГ, ($БС_{ДС1}$) определяется по формуле:

$$БС_{ДС1} = \text{Округл}((ОС_{ДС_КСГ} / (Ч_{сл} \times СПК_{ДС}); 0)$$

(формула 3.3.6), где:

Округл(число; число разрядов) – функция, округляющая число до указанного количества десятичных разрядов;

$ОС_{ДС_КСГ}$ – объём средств, предназначенный для финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневных стационаров, оплачиваемой по КСГ, рублей;

$Ч_{ДС}$ – плановое количество случаев лечения в условиях дневных стационаров, подлежащих оплате по КСГ, случаев;

$СПК_{ДС}$ – средний поправочный коэффициент оплаты КСГ в условиях дневных стационаров.

9.1.1. Объём средств, предназначенный для финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневных стационаров, оплачиваемой по КСГ, ($ОС_{ДС_КСГ}$) определяется по формуле:

$$ОС_{ДС_КСГ} = ФО_{ДС_СР} \times Чз - ОС_{ДС_ПР} - ОС_{ДС_НСЗ}$$

(формула 3.3.7), где:

$ФО_{ДС_СР}$ – средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневных стационаров по страховым случаям и видам, установленным БПОМС, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТПОМС, в расчёте на одно застрахованное лицо, установленный пунктом 2 настоящего раздела, рублей;

$Чз$ – численность застрахованного населения Мурманской области по состоянию на 01 января года, предшествующего очередному, человек;

$ОС_{ДС_ПР}$ – размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи в условиях дневных стационаров, оплачиваемой вне системы КСГ (услуги диализа при получении медицинской помощи в условиях дневных стационаров), рублей;

$ОС_{ДС_НСЗ}$ – размер средств, направляемых на формирование нормированного страхового запаса ТФОМС для целей оплаты превышения установленного объёма средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в условиях дневных стационаров, в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента, рублей.

9.1.2. Средний поправочный коэффициент оплаты КСГ в условиях дневных стационаров ($СПК_{ДС}$) определяется по формуле:

$$\text{СПК}_{\text{ДС}} = \text{Округл}(\Sigma (K_{zi} \times K_{\text{ДС}i} \times K_{\text{УС}j} \times K_{\text{СЛП}ij} \times \text{Ч}_{\text{СЛ}ij}) / \text{Ч}_{\text{СЛ}}; 5)$$

(формула 3.3.8), где:

Округл(число; число разрядов) – функция, округляющая число до указанного количества десятичных разрядов;

K_{zi} – коэффициент относительной затратноёмкости, установленный для i -ой КСГ;

$K_{\text{ДС}i}$ – коэффициент специфики оказания медицинской помощи в условиях дневных стационаров, установленный для i -ой КСГ;

$K_{\text{УС}j}$ – коэффициент уровня медицинской организации (структурного подразделения), установленный для j -ой медицинской организации (структурного подразделения) (для дневных стационаров всех типов принимается равным 1,0);

$K_{\text{СЛП}ij}$ – коэффициент сложности лечения пациента, определённый по i -ой КСГ для j -ой медицинской организации (структурного подразделения);

$\text{Ч}_{\text{СЛ}ij}$ – плановое количество случаев лечения по i -ой КСГ для j -ой медицинской организации (структурного подразделения), случаев;

$\text{Ч}_{\text{ДС}}$ – плановое количество случаев лечения в условиях дневных стационаров, подлежащих оплате по КСГ, случаев.

9.1.3. Размер базовой ставки стоимости законченного случая лечения в условиях дневных стационаров, включённого в КСГ с учетом и без учета районного коэффициента дифференциации, ($\text{БС}_{\text{ДС}1}$ и $\text{БС}_{\text{ДС}2}$), средний норматив финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи в условиях дневных стационаров ($\text{Нфз}_{\text{ДС}}$), а также размер коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи в условиях дневных стационаров к базовой ставке, исключая влияние применяемых коэффициентов относительной затратноёмкости (K_z), специфики оказания медицинской помощи ($K_{\text{ДС}}$) и сложности лечения пациента ($K_{\text{СЛП}}$) приведены в разделе I приложения 3.6 к настоящему Тарифному соглашению.

Значения коэффициентов оплаты медицинской помощи в условиях дневных стационаров по системе КСГ (K_z и $K_{\text{ДС}}$), доля заработной платы и прочих расходов по оплате труда в структуре стоимости для отдельных КСГ (Дзп) приведены в приложении 3.7 к настоящему Тарифному соглашению.

9.2. Базовая ставка стоимости законченного случая лечения с учетом коэффициента дифференциации в стационарных условиях, включённого в КСГ, ($\text{БС}_{\text{КС}1}$) рассчитывается по формуле:

$$\text{БС}_{\text{КС}1} = \text{Округл}((\text{ОС}_{\text{КС_КСГ}} / (\text{Ч}_{\text{СЛ}} \times \text{СПК}_{\text{КС}}); 0)$$

(формула 3.3.9), где:

Округл(число; число разрядов) – функция, округляющая число до указанного количества десятичных разрядов;

$ОС_{КС_КСГ}$ – объём средств, предназначенный для финансового обеспечения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, оплачиваемой по КСГ, рублей;

$Ч_{КС}$ – плановое количество случаев лечения в стационарных условиях, подлежащих оплате по КСГ, случаев;

$СПК_{КС}$ – средний поправочный коэффициент оплаты КСГ в стационарных условиях.

9.2.1. Объём средств, предназначенный для финансового обеспечения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, оплачиваемой по КСГ ($ОС_{КС_КСГ}$) рассчитывается по формуле:

$$ОС_{КС_КСГ} = ФО_{КС_СР} \times Чз - ОС_{КС_ПР} - ОС_{КС_НСЗ}$$

(формула 3.3.10), где:

$ФО_{КС_СР}$ – средний подушевой норматив финансирования специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по страховым случаям и видам, установленным БПОМС, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТПОМС, в расчёте на одно застрахованное лицо, установленный пунктом 3 настоящего раздела, рублей;

$Чз$ – численность застрахованного населения Мурманской области по состоянию на 01 января года, предшествующего очередному, человек;

$ОС_{КС_ПР}$ – размер средств, направляемых на оплату специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, оплачиваемой вне системы КСГ (высокотехнологичная медицинская помощь, а также услуги диализа, оказываемые при получении специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по системе КСГ), рублей;

$ОС_{КС_НСЗ}$ – размер средств, направляемых на формирование нормированного страхового запаса ТФОМС для целей оплаты превышения установленного объёма средств, предназначенного для оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента, рублей.

9.2.2. Средний поправочный коэффициент оплаты КСГ в стационарных условиях ($СПК_{КС}$) рассчитывается по формуле:

$$СПК_{КС} = \text{Округл}(\sum (K_{zi} \times K_{КСi} \times K_{УСj} \times K_{Слпij} \times Ч_{Слij}) / Ч_{Сл}; 5)$$

(формула 3.3.11), где:

Округл(число; число разрядов) – функция, округляющая число до указанного количества десятичных разрядов;

K_{zi} – коэффициент относительной затратоёмкости, установленный для i -ой КСГ;

$K_{КСi}$ – коэффициент специфики оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, установленный для i -ой КСГ;

$K_{УСj}$ – коэффициент уровня медицинской организации (структурного подразделения), установленный для j -ой медицинской организации (структурного подразделения);

$K_{СЛПij}$ – коэффициент сложности лечения пациента, определённый по i -ой КСГ для j -ой медицинской организации (структурного подразделения);

$Ч_{СЛij}$ – плановое количество случаев лечения по i -ой КСГ для j -ой медицинской организации (структурного подразделения), случаев;

$Ч_{КС}$ – плановое количество случаев лечения в стационарных условиях, подлежащих оплате по КСГ, случаев.

9.2.3. Размер базовой ставки стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях, включённого в КСГ с учётом и без учёта коэффициента дифференциации, ($БС_{КС1}$ и $БС_{КС2}$), средний норматив финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи в стационарных условиях ($Нфз_{КС}$), а также размер коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи в стационарных условиях к базовой ставке, исключая влияние применяемых коэффициентов относительной затратоёмкости (K_z), специфики оказания медицинской помощи ($K_{КС}$), уровня медицинской организации (структурного подразделения) ($K_{УС}$) и сложности лечения пациента ($K_{СЛП}$) приведены в разделе II приложения 3.6 к настоящему Тарифному соглашению.

Коэффициенты уровня (подуровня) для оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по системе КСГ приведены в приложении 3.2 к настоящему Тарифному соглашению.

Значения коэффициентов оплаты медицинской помощи в стационарных условиях по системе КСГ (K_z и $K_{КС}$), доля заработной платы и прочих расходов по оплате труда в структуре стоимости для отдельных КСГ ($Дзп$) приведены в приложении 3.8 к настоящему Тарифному соглашению.

9.3. Поправочный коэффициент оплаты КСГ ($ПК_{КСГ}$) для конкретного случая определяется с учётом коэффициентов оплаты, установленных настоящим Тарифным соглашением, по следующей формуле:

$$ПК_{КСГ} = \text{Округл}(КС_{Ст} \times K_{УС}; 5)$$

(формула 3.3.12), где:

Округл(число; число разрядов) – функция, округляющая число до указанного количества десятичных разрядов;

$КС_{Ст}$ – коэффициент специфики оказания медицинской помощи в

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ НА 2023 ГОД

условиях дневных стационаров (КС_{ДС}) (стационарных условиях(КС_{КС})), установленный настоящим Тарифным соглашением для соответствующей КСГ;

$K_{УС}$ – коэффициент уровня стационара, установленный настоящим Тарифным соглашением для соответствующего структурного подразделения медицинской организации (для дневных стационаров всех типов принимается равным 1,000).

К отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющие высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающие (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи, коэффициент уровня (подуровня) при оплате не применяется (принимается равным 1). Перечень таких КСГ в стационарных условиях приведен в приложении 3.8 к настоящему Тарифному соглашению.

9.4. Коэффициент сложности лечения пациента ($K_{СЛП}$) применяется к отдельным случаям оказания медицинской помощи при наличии следующих критериев, в том числе при их сочетании:

Таблица 3.3.1

№	Критерий для применения $K_{СЛП}$	Размер $K_{СЛП}$
1	Предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (дети до 4-х лет, дети старше 4-х лет при наличии медицинских показаний, дети-инвалиды, имеющие ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности, независимо от возраста), за исключением случаев, к которым применяется КСЛП, предусмотренный пунктом 2 настоящего перечня	0,2
2	Предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов, имеющих ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности, независимо от возраста), получающих медицинскую помощь по профилю «Детская онкология» и (или) «Гематология»	0,6
3	Оказание медицинской помощи пациенту в возрасте 75 лет и старше в случае проведения консультации врача-гериатра и за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки	0,2
4	Развертывание индивидуального поста	0,2
5	Проведение реабилитационных мероприятий при	0,72

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ НА 2023 ГОД

№	Критерии для применения К _{слп}	Размер К _{слп}
	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 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)	
6	Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях*	0,63
7	Поведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара*	1,2
8	Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации**	0,6
9	Проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 1)***	0,05
10	Проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 2)***	0,47
11	Проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 3)***	1,16
12	Проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 4)***	2,07
13	Проведение однотипных операций на парных органах (уровень 5)***	3,49

**применяется при проведении сопроводительной терапии с использованием исчерпывающего перечня МНН (если применение указанного препарата не предусмотрено схемой лекарственной терапии):*

- Ведолизумаб;
- Деносумаб (при хронической болезни почки, стадия 3-5);

- Иммуноглобулин антитимоцитарный;
- Иммуноглобулин человека нормальный;
- Инфликсимаб;
- Микофенолата мофетил;
- Такролимус;
- Тоцилизумаб;
- Филграстим;
- Эмпэгфилграстим.

***наличие у пациента дополнительного диагноза (диагноза осложнения заболевания) из следующего перечня, медицинская помощь в соответствии с которым оказывалась пациенту в период госпитализации:*

- сахарный диабет типа 1 и 2;
- заболевания, включённые в Перечень редких (орфанных) заболеваний, размещённый на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации²³;
- рассеянный склероз (G35);
- хронический лимфоцитарный лейкоз (C91.1);
- состояния после трансплантации органов и (или) тканей (Z94.0; Z94.1; Z94.4; Z94.8);
- детский церебральный паралич (G80);
- ВИЧ/СПИД, стадии 4Б и 4В, взрослые (B20 – B24);
- перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции, дети (Z20.6);

****перечень с распределением по уровням сочетанных хирургических вмешательств приведён в приложении 3.10, перечень с распределением по уровням однотипных операций на парных органах – в приложении 3.11.*

10. Тарифы на услуги заместительной почечной терапии при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневных стационаров приведены в приложении 3.12 к настоящему Тарифному соглашению.

Глава 4. Размер и структура тарифов на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации

1. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, с указанием обслуживаемой территории приведён в приложении 4.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2. Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации),

²³ <https://minzdrav.gov.ru/documents/8048-perechen-redkih-orfannyh-zabolevaniy>

оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТПОМС, в расчёте на одно застрахованное лицо (ФОСМП_СР) составляет 1 775,04 рубля и определяется по формуле:

$$\text{ФО}_{\text{СМП_СР}} = (\text{НО}_{\text{СМП}} \times \text{Нфз}_{\text{СМП}} \times \text{Ч}_3 - \text{ОС}_{\text{МТР}}) / \text{Ч}_3$$

(формула 3.4.1), где:

$\text{НО}_{\text{СМП}}$ – средний норматив объёма скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный ТПОМС в части БПОМС, вызовов;

$\text{Нфз}_{\text{СМП}}$ – средний норматив финансовых затрат на единицу объёма скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный ТПОМС в части БПОМС, рублей;

$\text{ОС}_{\text{МТР}}$ – размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным лицам за пределами Мурманской области, за вызов, рублей;

Ч_3 – численность застрахованного населения Мурманской области по состоянию на 01 января года, предшествующего очередному, человек.

2.1. Средний норматив финансовых затрат на 1 вызов скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи, оказываемой в соответствии с ТПОМС, за счёт средств обязательного медицинского страхования составляет 6 209,93 рубля.

3. Размер коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации к базовому подушевому нормативу финансирования ($\text{Пр}_{\text{СМП}}$), исключающего влияние применяемых коэффициентов дифференциации и стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объёма, составляет 1,01150 и определяется по формуле:

$$\text{Пр}_{\text{СМП}} = \text{Округл}(\text{БПНФ}_{\text{СМП}} / \text{ФО}_{\text{СМП_СР}}; 5)$$

(формула 3.4.2), где:

$\text{Округл}(\text{число}; \text{число разрядов})$ – функция, округляющая число до указанного количества десятичных разрядов;

$\text{БПНФ}_{\text{СМП}}$ – базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;

$\text{ФО}_{\text{СМП_СР}}$ – средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТПОМС, в расчёте на одно застрахованное лицо, установленный пунктом 2 настоящего раздела, рублей.

4. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации устанавливает годовой размер

финансового обеспечения скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включённой в структуру подушевого норматива финансирования, в расчёте на одно застрахованное лицо и дифференцируется в разрезе медицинских организаций с учётом следующих показателей:

1) специфика оказания скорой медицинской помощи в данной медицинской организации, обусловленная:

- половозрастной структурой обслуживаемого населения;
- средним радиусом территории обслуживания;
- уровнем расходов медицинских организаций (особенности плотности населения и транспортной доступности);

2) районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, установленные законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР;

3) уровень медицинской организации.

5. В структуру дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации (ДПНФ_{СМП}) включены расходы в объёме, обеспечивающем собственную деятельность медицинской организации по оказанию скорой медицинской помощи вне медицинской организации в экстренной и неотложной формах.

В структуру дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации не включены расходы на:

- оказание скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии (код медицинской услуги А11.12.003.002);
- оказание скорой медицинской помощи при заболеваниях (состояниях), не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования;
- оказание скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Мурманской области;
- оказание скорой медицинской помощи лицам, не застрахованным и (или) не идентифицированным в системе обязательного медицинского страхования.

6. Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации (ДПНФ_{СМП}) определяется для каждой медицинской организации по формуле:

$$\text{ДПНФ}_{\text{СМП}} = \text{Округл}(\text{БПНФ}_{\text{СМП}} \times (1 + (\text{КС}_{\text{СМП}} - 1) + (\text{КД}_{\text{СУБ}} - 1) + (\text{КД}_{\text{У}} - 1)); 2),$$

(формула 3.4.3), где:

Округл(число; число разрядов) – функция, округляющая число до указанного количества десятичных разрядов;

БПНФ_{СМП} – базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;

КС_{СМП} – коэффициент дифференциации БПНФ_{СМП} с учётом специфики оказания скорой медицинской помощи;

КДСУБ – районный коэффициент дифференциации БПНФ_{СМП};

КД_у – коэффициент дифференциации БПНФ_{СМП} в зависимости от уровня медицинской организации.

6.1. Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации (БПНФ_{СМП}) определяется по формуле:

$$\text{БПНФ}_{\text{СМП}} = \text{Округл}((\text{ФО}_{\text{СМП_СР}} \times \text{Ч}_3 - \text{ОС}_{\text{ВЫЗ}}) / \text{Ч}_{3Р}; 2)$$

(формула 3.4.4), где:

Округл(число; число разрядов) – функция, округляющая число до указанного количества десятичных разрядов;

ФО_{СМП_СР} – средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТПОМС, в расчёте на одно застрахованное лицо, установленный частью 2 настоящей главы, рублей;

Ч₃ – численность застрахованного населения Мурманской области по состоянию на 01 января года, предшествующего очередному, человек;

ОС_{ВЫЗ} – размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в Мурманской области, за вызов, рублей;

Ч_{3Р} – численность застрахованного населения Мурманской области по состоянию на 01 декабря года, предшествующего очередному, (расчётная численность застрахованного населения), человек.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации (БПНФ_{СМП}) может быть пересмотрен в течение года в случае изменения размера среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации (ФО_{СМП_СР}), и (или) объёмов скорой медицинской помощи вне медицинской организации, подлежащих оплате за вызов, и (или) численности застрахованного населения.

6.2. Коэффициент дифференциации БПНФ_{СМП} с учётом специфики оказания скорой медицинской помощи (КС_{СМП}) определяется для каждой медицинской организации по формуле:

$$K_{СМП} = \text{Округл}(1 + (K_{ДПВ} - 1) + (K_{ДСР} - 1) + (K_{ДПН} - 1); 6),$$

(формула 3.4.5), где:

Округл(число; число разрядов) – функция, округляющая число до указанного количества десятичных разрядов;

$K_{ДПВ}$ – половозрастной коэффициент дифференциации, определённый для медицинской организации;

$K_{ДСР}$ – коэффициент дифференциации, учитывающий средний радиус территории обслуживания;

$K_{ДПН}$ – коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность населения.

Коэффициент дифференциации $BПНФ_{СМП}$ с учётом специфики оказания медицинской помощи устанавливается для медицинских организаций в пределах индивидуальных значений.

6.2.1. Половозрастной коэффициент дифференциации ($K_{ДПВ}$) учитывает различия в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола, возраста и определяется для каждой медицинской организации по формуле:

$$K_{ДПВ} = \text{Округл}(\sum (Ч_{ГРi} \times K_{ДПВГРi}) / Ч_{ПР}; 6)$$

(формула 3.4.6), где:

Округл(число; число разрядов) – функция, округляющая число до указанного количества десятичных разрядов;

$Ч_{ГРi}$ – численность застрахованного населения, обслуживаемого медицинской организацией, попадающего в i -ый половозрастной интервал, по состоянию на 01 декабря года, предшествующего очередному, человек;

$K_{ДПВГРi}$ – коэффициент дифференциации для i -той половозрастной группы застрахованных лиц, установленный настоящим Тарифным соглашением;

$Ч_{ПР}$ – общая численность населения, обслуживаемого медицинской организацией, по состоянию на 01 декабря года, предшествующего очередному, человек.

Размер половозрастных коэффициентов дифференциации ($K_{ДПВГР}$) определяется исходя из потребления медицинской помощи по половозрастным группам на основе данных предъявленных к оплате реестров счетов в году, предшествующем очередному, за период не менее 10 месяцев.

Для определения $K_{ДПВГР}$ численность прикрепившихся к медицинской организации лиц, распределяется на следующие половозрастные группы:

- ноль – одиннадцать месяцев, мужчины/женщины;
- один – четыре года, мужчины/женщины;
- пять – семнадцать лет, мужчины/женщины;
- восемнадцать – сорок пять лет, мужчины/женщины;

- сорок шесть - шестьдесят четыре года, мужчины/женщины;
- шестьдесят пять лет и старше, мужчины/женщины.

Значения коэффициентов дифференциации для половозрастных групп устанавливаются в следующих размерах:

- 2,813168 – для группы ноль - одиннадцать месяцев, мужчины;
- 2,457420 – для группы ноль - одиннадцать месяцев, женщины;
- 1,576237 – для группы один - четыре года, мужчины;
- 1,373852 – для группы один - четыре года, женщины;
- 0,523922 – для группы пять - семнадцать лет, мужчины;
- 0,511902 – для группы пять - семнадцать лет, женщины;
- 0,715164 – для группы восемнадцать - сорок пять лет, мужчины;
- 0,744152 – для группы восемнадцать - сорок пять лет, женщины;
- 0,919966 – для группы сорок шесть - шестьдесят четыре года, мужчины;
- 0,822560 – для группы сорок шесть - шестьдесят четыре года, женщины;
- 1,831336 – для группы шестьдесят пять лет и старше, мужчины;
- 2,379801 – для группы шестьдесят пять лет и старше, женщины.

Половозрастной коэффициент дифференциации устанавливается для медицинских организаций в пределах индивидуальных значений.

6.2.2. Коэффициент дифференциации по среднему радиусу территории обслуживания ($K_{ДСР}$) устанавливается в следующих размерах:

- 0,977507 – при средней отдалённости поста скорой помощи от территории обслуживания на расстояние менее 3,5 км;
- 1,001460 – при средней отдалённости поста скорой помощи от территории обслуживания на расстояние 3,5 км и более.

6.2.3. Коэффициент дифференциации по уровню расходов медицинских организаций с учётом плотности населения на обслуживаемой территории ($K_{ДПН}$) устанавливается в следующих размерах:

- 0,999070 – при количестве обособленных структурных подразделений, оказывающих скорую медицинскую помощь, менее 7,0 на 100 тысяч застрахованных лиц;
- 1,014330 – при количестве обособленных структурных подразделений, оказывающих скорую медицинскую помощь, 7,0 и более на 100 тысяч застрахованных лиц.

6.3. Районный коэффициент дифференциации $БПНФ_{СМП}$ ($K_{ДСУБ}$), определяется для каждой медицинской организации по формуле:

$$K_{ДСУБ} = \text{Округл}((\text{Округл}(D_{ЗП} \times K_P; 6) \times PK; 6)$$

(формула 3.4.7), где:

Округл(число; число разрядов) – функция, округляющая число до указанного количества десятичных разрядов;

$D_{ЗП}$ – доля расходов на оплату труда в общем объёме расходов

медицинских организаций на оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации;

K_p – сумма средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, которые установлены на обслуживаемой территории законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР;

$ПК$ – поправочный коэффициент, применяемый в целях приведения средневзвешенного значения районного коэффициента дифференциации к единице.

Районный коэффициент дифференциации $БПНФ_{СМП}$ устанавливается для всех медицинских организаций равным 1,00000.

6.4. Коэффициент дифференциации $БПНФ_{СМП}$ в зависимости от уровня медицинской организации ($К_{Дy}$) является единым для медицинских организаций одного уровня (подуровня).

$К_{Дy}$ устанавливается для всех медицинских организаций равным 1,00000.

6.5. Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации ($БПНФ_{СМП}$), коэффициенты дифференциации $БПНФ_{СМП}$ и дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации ($ДПНФ_{СМП}$) приведены в приложении 4.2 к настоящему Тарифному соглашению.

7. Дифференцированный тариф на 1 вызов скорой медицинской помощи устанавливает размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной одному застрахованному лицу бригадой скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации.

8. Дифференцированный тариф на 1 вызов скорой медицинской помощи вне медицинской организации без проведения тромболитической терапии определяется для каждой медицинской организации по формуле:

$$T_{СМП} = \text{Округл}(\text{Баз}T_{СМП} \times (1 + (K_{СМП} - 1) + (K_{Дсуб} - 1) + (K_{Дy} - 1))); 2$$

(формула 3.4.8), где:

Округл(число; число разрядов) – функция, округляющая число до указанного количества десятичных разрядов;

Баз $T_{СМП}$ – базовый тариф на 1 вызов скорой медицинской помощи, рублей;

$KC_{\text{СМП}}$ – коэффициент дифференциации $\text{Баз}T_{\text{СМП}}$ с учётом специфики оказания скорой медицинской помощи;

$KD_{\text{СУБ}}$ – районный коэффициент дифференциации $\text{Баз}T_{\text{СМП}}$;

$KD_{\text{У}}$ – коэффициент дифференциации $\text{Баз}T_{\text{СМП}}$ в зависимости от уровня медицинской организации.

8.1. Базовый тариф на оплату скорой медицинской помощи ($\text{Баз}T_{\text{СМП}}$) определяется по формуле:

$$\text{Баз}T_{\text{СМП}} = \text{Округл}((\text{ФО}_{\text{СМП_СР}} \times \text{Чз} - V_{\text{СМП_Тромб}} \times \text{Нфз}_{\text{Тромб}}) / V_{\text{СМП_МО}}; 2)$$

(формула 3.4.9), где:

$\text{Округл}(\text{число}; \text{число разрядов})$ – функция, округляющая число до указанного количества десятичных разрядов;

$\text{ФО}_{\text{СМП_СР}}$ – средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТПОМС, в расчёте на одно застрахованное лицо, установленный частью 2 настоящей главы, рублей;

Чз – численность застрахованного населения Мурманской области по состоянию на 01 января года, предшествующего очередному, человек;

$V_{\text{СМП_Тромб}}$ – объём вызовов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии, установленный Комиссией;

$\text{Нфз}_{\text{Тромб}}$ – средний норматив финансовых затрат на лекарственные средства для проведения тромболитической терапии, установленный приложением 4.3 к настоящему Тарифному соглашению, рублей;

$V_{\text{СМП_МО}}$ – объём вызовов скорой медицинской помощи, установленный к оказанию на территории Мурманской области, вызовов.

8.2. Коэффициент дифференциации $\text{Баз}T_{\text{СМП}}$ с учётом специфики оказания скорой медицинской помощи ($KC_{\text{СМП}}$) определяется для каждой медицинской организации по формуле:

$$KC_{\text{СМП}} = \text{Округл}(1 + (KD_{\text{СР}} - 1) + (KD_{\text{ПН}} - 1); 6),$$

(формула 3.4.10), где:

$\text{Округл}(\text{число}; \text{число разрядов})$ – функция, округляющая число до указанного количества десятичных разрядов;

$KD_{\text{СР}}$ – коэффициент дифференциации, учитывающий средний радиус территории обслуживания;

$KD_{\text{ПН}}$ – коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность населения.

8.2.1. Коэффициент дифференциации по среднему радиусу территории обслуживания ($KD_{\text{СР}}$) устанавливается в следующих размерах:

0,980566 – при средней отдалённости поста скорой медицинской

помощи от территории обслуживания на расстояние менее 3,5 км;

1,001112 – при средней отдалённости поста скорой медицинской помощи от территории обслуживания на расстояние 3,5 км и более.

8.2.2. Коэффициент дифференциации по уровню расходов медицинских организаций с учётом плотности населения на обслуживаемой территории ($K_{ДПН}$) устанавливается в следующих размерах:

0,998912 – при количестве обособленных структурных подразделений, оказывающих скорую медицинскую помощь, менее 7,0 на 100 тысяч застрахованных лиц;

1,019015 – при количестве обособленных структурных подразделений, оказывающих скорую медицинскую помощь, 7,0 и более на 100 тысяч застрахованных лиц.

8.3. Районный коэффициент дифференциации $БазT_{СМП}$ ($K_{ДСУБ}$) определяется для каждой медицинской организации по формуле 3.4.7 и устанавливается для всех медицинских организаций равным 1,00000.

8.4. Коэффициент дифференциации $БПНФ_{СМП}$ в зависимости от уровня медицинской организации ($K_{ДУ}$) является единым для медицинских организаций одного уровня (подуровня).

$K_{ДУ}$ устанавливается для всех медицинских организаций равным 1,00000.

8.5. Дифференцированный тариф на 1 вызов скорой медицинской помощи вне медицинской организации с проведением тромболитической терапии ($T_{СМП_{тромб}}$) определяется по формуле:

$$T_{СМП_{тромб}} = T_{СМП} + Нфз_{тромб}$$

(формула 3.4.11), где:

$T_{СМП}$ – дифференцированный тариф на 1 вызов скорой медицинской помощи, установленный настоящим Тарифным соглашением, рублей;

$Нфз_{тромб}$ – средний норматив финансовых затрат на лекарственные средства для проведения тромболитической терапии, установленный приложением 4.3 к настоящему Тарифному соглашению, рублей.

8.6. Размер базового тарифа на 1 вызов скорой медицинской помощи ($БазT_{СМП}$), коэффициенты дифференциации $БазT_{СМП}$, средний норматив финансовых затрат на лекарственные средства для проведения тромболитической терапии ($Нфз_{тромб}$) и дифференцированные тарифы на 1 вызов скорой медицинской помощи ($T_{СМП}$), в том числе с проведением тромболитической терапии ($T_{СМП_{тромб}}$), приведены в приложении 4.3 к настоящему Тарифному соглашению.

РАЗДЕЛ IV
ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА НЕОПЛАТЫ ИЛИ
НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
И РАЗМЕРА ШТРАФА ЗА НЕОКАЗАНИЕ,
НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

1. Контроль объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объёме и на условиях, которые установлены ТПОМС и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, проводится в соответствии с Порядком проведения контроля.

Контроль объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется путём проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

2. В соответствии со статьей 40 закона об ОМС по результатам контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные статьей 41 закона об ОМС и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно статье 41 закона об ОМС удерживается из объёма средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и Порядком проведения контроля.

3. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{\text{но}}$$

(формула 4.1), где:

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

$K_{\text{но}}$ – коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

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

$$C_{шт} = РП \times K_{шт}$$

(формула 4.2), где:

РП – размер среднего подушевого норматива финансирования, установленный настоящим Тарифным соглашением на дату проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, равный:

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях – среднему подушевому нормативу финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях ($FO_{АПП_CP}$), установленному частью 2 главы 2 раздела III, равному 10 983,69 рубля;

2) при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара – среднему подушевому нормативу финансирования медицинской помощи в условиях дневного стационара ($FO_{ДС_CP}$), установленному частью 2 главы 3 раздела III, равному 2 858,58 рубля;

3) при оказании медицинской помощи в стационарных условиях – среднему подушевому нормативу финансирования специализированной медицинской помощи в стационарных условиях ($FO_{КС_CP}$), установленному частью 3 главы 3 раздела III, равному 11 516,38 рубля;

4) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации – среднему подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации ($FO_{СМП_CP}$), установленному частью 2 главы 4 раздела III, равному 1 775,04 рубля.

$K_{шт}$ – коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

5. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества приведены в приложении 6 к настоящему Тарифному соглашению.

РАЗДЕЛ V
ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Глава 1. Срок действия Тарифного соглашения

Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с даты его подписания Сторонами и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в период с 01.01.2023 по 31.12.2023.

Глава 2. Порядок внесения изменений в условия Тарифного соглашения

1. Все изменения и (или) дополнения в условия настоящего Тарифного соглашения вносятся по соглашению Сторон путём заключения дополнительного соглашения. Дополнительное соглашение после его подписания Сторонами становится неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

2. Внесение изменений в Тарифное соглашение осуществляется:

1) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Мурманской области, в части включения (исключения) медицинских организаций;

2) при внесении изменений в установленные объёмы предоставления медицинской помощи, влекущих необходимость внесения изменений в Тарифное соглашение для медицинских организаций, объёмы предоставления медицинской помощи по которым меняются;

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

4) при внесении изменений в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утверждённые приказом Минздрава России от 29.12.2020 № 1397н;

5) при внесении изменений в Порядок проведения контроля в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи);

6) при внесении изменений в нормативные правовые акты, приводящих к необходимости внесения изменений в Тарифное соглашение;

7) при получении заключения ФФОМС о несоответствии Тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования;

8) при обнаружении необходимости внесения уточнений и технических правок.

3. Обращения, содержащие предложения о внесении изменений в Тарифное соглашение, подлежат рассмотрению Комиссией:

- 1) при поступлении до 26 числа – не позднее месяца, следующего за месяцем поступления обращения;
- 2) при поступлении после 25 числа – не позднее второго месяца, следующего за месяцем поступления обращения.

Предложения по пересмотру (установлению) тарифов на оплату медицинской помощи должны быть в обязательном порядке подкреплены расчётами.

Глава 3. Порядок внесения предложений при формировании Тарифного соглашения на очередной год

1. При формировании Тарифного соглашения на очередной год представители Сторон Тарифного соглашения, медицинские организации направляют свои предложения в адрес Комиссии не позднее 01 ноября года, предшествующего году, на который заключается Тарифное соглашение.

2. Предложения по размерам тарифов на оплату медицинской помощи должны быть в обязательном порядке подкреплены расчётами.

Глава 4. Приложения к Тарифному соглашению

Неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения являются следующие приложения:

Таблица 5.4.1

№	Наименование приложения
1	Перечень принятых сокращений наименований медицинских организаций, участвующих в реализации ТПОМС
2.1	Перечень медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях
	Раздел I. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, в том числе по территориально-участковому принципу
	Раздел II. Перечень структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, расположенных в сельской местности, отдалённых территориях, посёлках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и перечень фельдшерских пунктов в составе медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ НА 2023 ГОД

№	Наименование приложения
2.2	Размер финансового обеспечения фельдшерских пунктов в составе медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу
2.3	Размер базового подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (БПНФ _{АПП}), коэффициенты дифференциации БПНФ _{АПП} , и дифференцированные подушевые нормативы финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (ДПНФ _{АПП}), в том числе базовая и стимулирующая части (ДПНФ _{АППбаз} и ДПНФ _{АППстим})
2.4	Тарифы на простые медицинские услуги в том числе:
	Раздел I. Отдельные диагностические (лабораторные) исследования, подлежащие оплате за единицу объёма медицинской помощи в соответствии с нормативами, установленными ТПОМС
	Раздел II. Простые медицинские услуги, подлежащие оплате за единицу объёма медицинской помощи согласно решению Комиссии
	Раздел III. Простые медицинские услуги, подлежащие оплате в рамках централизованных взаиморасчётов между медицинскими организациями
2.5	Тарифы на посещения
2.6	Тарифы на комплексное посещение и комплексы исследований при проведении профилактического медицинского осмотра или диспансеризации в том числе:
	Раздел I. Тарифы на комплексное посещение по поводу профилактического медицинского осмотра или I этапа диспансеризации
	Раздел II. Тарифы на комплексы исследований при проведении I и II этапов углублённой диспансеризации взрослого населения
2.7	Перечень услуг, входящих в состав комплексного посещения по поводу профилактического медицинского осмотра или диспансеризации в том числе:
	Раздел I. Комплексные медицинские услуги
	Раздел II. Простые медицинские услуги
2.8	Тарифы на комплексное посещение по медицинской реабилитации в амбулаторных условиях при соматических заболеваниях
2.9	Справочник услуг, входящих в состав комплексного посещения по диспансерному наблюдению

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ НА 2023 ГОД

№	Наименование приложения
2.10	Тарифы на 1 УЕТ при оказании стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением стоматологической медицинской помощи в центрах здоровья и профилактических медицинских осмотрах, в том числе в рамках диспансеризации)
2.11	Перечень стоматологических медицинских услуг, нормативная длительность
3.1	Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневных стационаров и (или) стационарных условиях
3.2	Распределение медицинских организаций и их структурных подразделений, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, по уровням (подуровням); коэффициенты уровня медицинской организации (структурного подразделения)
3.3	Тарифы на 1 пациенто-день для оплаты медицинской помощи в условиях дневных стационаров при заболевании (состояниях), включённых в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС
3.4	Тарифы на 1 койко-день для оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях при заболеваниях (состояниях), включённых в ТПОМС в дополнение к установленным БПОМС, и паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях
3.5	Тарифы на 1 законченный случай лечения заболевания для оплаты специализированной (высокотехнологичной) медицинской помощи в стационарных условиях
3.6	Средние нормативы финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи, коэффициенты приведения средних нормативов финансовых затрат к базовой ставке, базовые ставки финансирования медицинской помощи в условиях дневных стационаров и в стационарных условиях
3.7	Перечень КСГ для оплаты медицинской помощи в условиях дневных стационаров, коэффициенты оплаты по КСГ (коэффициент относительной затратноёмкости и коэффициент специфики)
3.8	Перечень КСГ для оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, коэффициенты оплаты по КСГ (коэффициент относительной затратноёмкости и коэффициент специфики)
3.9	Доля оплаты прерванных случаев лечения
3.10	Перечень сочетанных (симультанных) хирургических вмешательств, выполняемых во время одной госпитализации, с распределением по уровням применяемого К _{СЛП}

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ НА 2023 ГОД

№	Наименование приложения
3.11	Перечень одностипных операций на парных органах, выполняемых во время одной госпитализации, с распределением по уровням применяемого $K_{СЛП}$
3.12	Тарифы на услуги заместительной почечной терапии при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневных стационаров
4.1	Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации
4.2	Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи ($БПНФ_{СМП}$), коэффициенты дифференциации $БПНФ_{СМП}$ и дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи ($ДПНФ_{СМП}$)
4.3	Размер базового тарифа на 1 вызов скорой медицинской помощи ($БазТ_{СМП}$), коэффициенты дифференциации $БазТ_{СМП}$, средний норматив финансовых затрат на лекарственные средства для проведения тромболитической терапии ($Нфз_{тромб}$) и дифференцированные тарифы на 1 вызов скорой медицинской помощи ($Т_{СМП}$), в том числе с проведением тромболитической терапии ($Т_{СМП_{тромб}}$)
5	Порядок оценки результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях (с приложением)
6	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

