

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
НА ТЕРРИТОРИИ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
НА 2022 ГОД

30.12.2021 года

г. Н.Новгород

1. Общие положения

Министерство здравоохранения Нижегородской области (далее – министерство) в лице заместителя Губернатора Нижегородской области, министра здравоохранения Нижегородской области Мелик-Гусейнова Давида Валерьевича, первого заместителя министра здравоохранения Нижегородской области Михайловой Галины Васильевны и начальника отдела организации медицинской помощи взрослому населению Егоровой Татьяны Владимировны,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Нижегородской области (далее – ТФОМС Нижегородской области) в лице директора Ермоловой Светланы Игоревны, заместителя директора по организации обязательного медицинского страхования Пестовой Марины Юрьевны и начальника финансово-экономического управления Шумаевой Оксаны Вячеславовны,

страховые медицинские организации, работающие в сфере обязательного медицинского страхования Нижегородской области (далее - СМО), в лице директора Нижегородского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Емелиной Веры Александровны, директора Филиала ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Нижегородской области Платоновой Татьяны Владимировны и заместителя директора Филиала ООО «Страховая компания «Ингосстрах-М» в г. Н. Новгороде Хомовой Светланы Валерьевны,

Нижегородская региональная общественная организация «Врачебная палата Нижегородской области» в лице председателя Цопова Александра Владимировича,

Нижегородская региональная общественная организация «Главный врач»

в лице председателя Сухачевой Надежды Николаевны,

Ассоциация нижегородских частных медицинских центров в лице председателя правления Душкина Алексея Вадимовича,

Нижегородская областная организация профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Приказнова Василия Николаевича, заместителя председателя Савельевой Любови Павловны и члена областного комитета Ястребова Павла Викторовича,

именуемые в дальнейшем Сторонами, в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ), Правилами обязательного медицинского страхования (далее – Правилами ОМС), Положением о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия), утвержденными уполномоченным Правительством Российской Федерации органом исполнительной власти, Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, а также её финансового обеспечения, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с пунктом 9¹ части 1 статьи 7 Федерального закона № 326-ФЗ, Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505 (далее – Программа), Программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Нижегородской области медицинской помощи на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства Нижегородской области от 29.12.2021 № 1243 (далее – Территориальная программа ОМС), приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее – Требования), заключили настоящее соглашение (далее – Тарифное соглашение) о

2

нижеследующем:

1. Предметом Тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядок их применения на территории Нижегородской области.

2. Настоящее Тарифное соглашение регулирует правоотношения сторон, а также медицинских организаций, возникающие при реализации Территориальной программы ОМС на 2022 год. Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, установлен Территориальной программой ОМС.

3. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - тарифы по ОМС) применяются медицинскими организациями для расчетов за медицинскую помощь, оказанную в соответствии с Территориальной программой ОМС застрахованным лицам на территории Нижегородской области, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями застрахованным лицам на территории иных субъектов Российской Федерации, по видам медицинской помощи, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

4. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями застрахованным лицам на территории Нижегородской области в рамках Территориальной программы ОМС, осуществляется страховыми медицинскими организациями, заключившими договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями застрахованным лицам на территории иных субъектов Российской Федерации в рамках базовой программы ОМС, осуществляется ТФОМС Нижегородской области в соответствии с действующим законодательством.

5. Настоящее Тарифное соглашение устанавливает порядок применения тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в медицинских организациях, а также ответственность за несоблюдение условий оказания медицинской помощи, ее оплаты и порядка

использования средств ОМС в медицинских организациях.

6. Настоящее Тарифное соглашение заключено на основании решения, состав которой утвержден Распоряжением Правительства Нижегородской области от 12.10.2011 № 2071-р «О создании комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Нижегородской области».

7. В настоящем Тарифном соглашении используются:

7.1. следующие сокращения:

АПП –	амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь;
ВМП –	высокотехнологичная медицинская помощь;
врач ДШО –	врач медицинского кабинета и/или здравпунктов дошкольно-школьных образовательных учреждений;
Группировщик –	таблица, определяющая однозначное отнесение каждого пролеченного случая к конкретной клинико-статистической группе на основании всех возможных комбинаций классификационных критериев;
ЗНО –	злокачественное новообразование;
КДЛ –	клинико-диагностическая лаборатория;
КСГ –	клинико-статистическая группа;
КТ –	компьютерная томография;
МГИ –	молекулярно-генетическое исследование;
Методические рекомендации –	методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденные совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от ____ . ____ .2021 № _____ и № _____;
МКБ-10 –	международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр);
МНН –	международное непатентованное наименование;
МРТ –	магнитно-резонансная томография;

МЭК –	медико-экономический контроль;
МЭЭ –	медико-экономическая экспертиза;
Номенклатура –	приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;
ПАИ –	патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;
Постановление № 462 –	постановление Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»;
Правила ОМС –	приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования»;
СМП -	скорая медицинская помощь;
СТГ –	стоматологическая группа заболеваний;
УЕТ –	условная единица трудоемкости;
УЗИ –	ультразвуковое исследование;
ФВД –	функция внешнего дыхания;
ФЛГ –	флюорография грудной клетки;
ФП/ФАП –	фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты;
ЦАОП –	центр амбулаторной онкологической помощи;
ЭКМП –	экспертиза качества медицинской помощи;
ЭКО –	экстракорпоральное оплодотворение;

ЭЭГ – электроэнцефалограмма.

7.2. следующие основные понятия, термины и определения:

Тарифы ОМС - тарифы на оплату медицинской помощи рассчитаны в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в составе правил ОМС, и включают в себя статьи затрат, установленные Территориальной программой ОМС.

Застрахованные лица – граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со ст. 13.5 Федерального закона от 25.07.2002 № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19.02.1993 № 4528-1 «О беженцах».

Медицинская организация - медицинская организация, участвующая в реализации Территориальной программы ОМС.

Страховая медицинская организация (далее - СМО) - страховая медицинская организация, участвующая в реализации Территориальной программы ОМС и заключившая договор о финансовом обеспечении ОМС с ТФОМС Нижегородской области.

Реестры – персонифицированные реестры счетов оказанной медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы ОМС.

2. Способы оплаты медицинской помощи

2.1. При реализации Территориальной программы ОМС в 2022 году применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС в Российской Федерации.

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

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение КТ, МРТ, УЗИ сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, МГИ и ПАИ, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение ФП/ФАП) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

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

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

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

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

г) отдельных диагностических (лабораторных) исследований – КТ, МРТ, УЗИ сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, МГИ и ПАИ, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

д) углубленной диспансеризации.

2.1.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по профилю стоматология:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по стоматологической помощи с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи);

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

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

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

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

г) отдельных медицинских услуг, указанных в Приложении №4 к Тарифному соглашению.

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

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

- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи

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

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

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

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его

письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, с оптимальной длительностью лечения до 3-х дней включительно.

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

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

2.2. Общие принципы и условия применения тарифов ОМС

2.2.1. Тарифы ОМС в одной медицинской организации являются едиными для всех СМО, участвующих в сфере ОМС Нижегородской области, оплачивающих медицинскую помощь в рамках Территориальной программы ОМС.

Тарифы ОМС дифференцируются по видам медицинской помощи и по категориям населения (взрослое, детское) с учетом пола и возраста.

2.2.2. Тарифы ОМС применяются в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными настоящим Тарифным соглашением.

При формировании реестров по законченным случаям оказания медицинской помощи применяются тарифы ОМС, действующие на дату окончания лечения.

Тарифы ОМС могут корректироваться с учетом изменения финансового обеспечения Территориальной программы ОМС.

2.2.3. Тарифы ОМС формируются с учетом нормативов объема медицинской помощи, финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и подушевого норматива финансового обеспечения, и включают виды затрат (расходов), установленных Территориальной программой ОМС.

2.2.4. Оплата медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях Нижегородской области лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, осуществляется по видам, условиям и формам, включенным в базовую программу ОМС, по способам, тарифам, действующим на территории Нижегородской области.

2.2.5. Финансовые средства ОМС, предназначенные для оплаты медицинской помощи, аккумулируются в ТФОМС Нижегородской области.

ТФОМС Нижегородской области производит финансирование СМО по дифференцированному подушевому нормативу финансового обеспечения, которые из полученных средств оплачивают медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями в рамках Территориальной программы ОМС.

2.2.6. Средства ОМС используются медицинскими организациями по целевому назначению в соответствии со структурой тарифа ОМС, утвержденной частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ.

2.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

2.3.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по способам оплаты медицинской помощи представлен в Приложении № 1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.2. Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение КТ, МРТ, УЗИ сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, МГИ и ПАИ, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое

обеспечение ФП/ФАП) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи определен в Приложении № 2 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.3. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

2.3.3.1. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение КТ, МРТ, УЗИ сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, МГИ и ПАИ, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение ФП/ФАП) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи, определен в Приложении № 2 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.3.2. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, в том числе при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - КТ, МРТ, УЗИ сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, МГИ и ПАИ, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), за посещение, за обращение, комплексное посещение при проведении углубленной диспансеризации, комплексное посещение по профилю «Медицинская реабилитация» определен в Приложении № 3 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.3.3. Порядок оплаты медицинской помощи при проведении услуг с применением экстракорпоральных и интракорпоральных методов лечения

определен в Приложении № 3.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.3.4. Порядок оплаты медицинской помощи с применением информационных технологий определен в Приложении № 3.2 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.3.5. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях на прикрепившихся лиц по стоматологической помощи с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи), за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай), определен в Приложении № 4 к настоящему Тарифному соглашению.

2.4. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

2.4.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, определен в Приложении № 1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.4.2. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), определен в Приложении № 5 к настоящему Тарифному соглашению.

2.5. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

2.5.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, определен в Приложении № 1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.5.2. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи,

оказанной в условиях дневного стационара, определен в Приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

2.6. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

2.6.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих СМП вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования определен в Приложении № 1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.6.2. Порядок применения способов оплаты СМП приведен в Приложении № 7 к настоящему Тарифному соглашению.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Тарифы ОМС рассчитываются в соответствии с Правилами ОМС.

Структура тарифа ОМС в соответствии с ч.7 ст.35 Федерального закона № 326-ФЗ, 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 единицу.

Тарифы ОМС рассчитываются и устанавливаются на единицу объема медицинской помощи (1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров, 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, включающее профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний, 1 посещение с иными целями, 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме, 1 обращение по поводу заболевания, 1 комплексное посещение по профилю «медицинская реабилитация», 1 случай госпитализации, 1 случай лечения, 1 вызов СМП), на медицинскую услугу (включая 1 диагностическое исследование), на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц.

3.1. Размер и структура тарифов в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

3.1.1. Средний размер финансового обеспечения

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, составляет:

- 5274,2 рубля.

3.1.2. Размер подушевого норматива

3.1.2.1. Подушевой норматив финансирования, применяемый для вида медицинской помощи, финансовое обеспечение которого осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц составляет:

- без учета коэффициента дифференциации - 112,22 рубля в месяц или

1346,64 рубля в год;

- с учетом коэффициента дифференциации - 112,67 рубля в месяц или 1352,04 рубля в год.

Значение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования составляет - 0,25533.

3.1.2.2. Подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях на прикрепившихся лиц по стоматологической помощи составляет:

- без учета коэффициента дифференциации - 39,20 рубля в месяц или 470,40 рубля в год;

- с учетом коэффициента дифференциации - 39,36 рубля в месяц или 472,32 рубля в год.

Значение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования составляет - 0,08919.

3.1.3. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи

Тарифы, применяемые для оплаты:

- а) посещений центров здоровья (Приложение № 8);
- б) амбулаторно-консультативного приема (Приложение № 9);
- в) посещений с иными целями (Приложения № 10);
- г) обращений по поводу заболевания, в том числе обращений по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» (Приложение № 11);
- д) неотложной помощи (Приложение № 12);
- е) медицинских услуг (Приложение № 13, 13.1-13.4);
- ж) комплексных посещений по поводу диспансеризации и профилактических осмотров для отдельных категорий населения, в том числе посещений для проведения 2 этапа диспансеризации (применяются при межучрежденческих расчетах) (Приложения № 14, 15, 16);
- з) комплексных посещений по поводу углубленной диспансеризации

(Приложение № 14.1).

к) стоматологических групп по заболеванию и установленные коэффициенты относительной затратоемкости для определения стоимости СТГ по стоматологической помощи (Приложение № 17);

л) базовая ставка на оплату стоматологической помощи по ОМС по законченному случаю заболевания, включенного в соответствующую СТГ, составляет 395,17 рубля;

м) отдельных услуг по стоматологической помощи по ОМС (Приложение № 18);

н) медицинских услуг с применением экстракорпоральных и интракорпоральных методов лечения (Приложение № 22);

3.1.4. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива по АПП, в том числе по профилю стоматология, используются для расчета финансового норматива на одно застрахованное лицо в месяц, предусматривающего различия в затратах на оказание медицинской помощи по отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола и возраста, независимо от вида медицинской помощи.

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов норматива по АПП, в том числе по профилю стоматология, численность застрахованных лиц в Нижегородской области распределяется на следующие половозрастные группы:

ноль – один год мужчины/женщины;

один год - четыре года мужчины/женщины;

пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;

восемнадцать - шестьдесят четыре года мужчины/женщины;

шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

На основании данных о затратах на оплату АПП, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, и о численности застрахованных лиц за данный период, рассчитываются половозрастные коэффициенты

дифференциации подушевого норматива для каждой половозрастной группы застрахованных лиц.

3.1.4.1. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования АПП установлены Приложением № 23 к Тарифному соглашению.

3.1.4.2. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи по профилю стоматология установлены Приложением № 19 к Тарифному соглашению.

3.1.5. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования

3.1.5.1. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования АПП для медицинских организаций, включающие в себя половозрастные коэффициенты дифференциации ($K_{C_{п/в}}$), коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к МО лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью до 50 тыс. человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала ($K_{Д_{от}}$), коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, учитывающих объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации) ($K_{C_{ПРОФ}}$), установлены в Приложении № 24 к Тарифному соглашению в соответствии с Требованиями применяемых для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц.

3.1.5.2. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной помощи по профилю стоматология медицинских организаций, коэффициент специфики оказания медицинской помощи ($K_{C_{мо}}$) в соответствии с Требованиями применяемых для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц, установлены Приложением № 21 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.6. Коэффициенты оценки результативности МО-Фондодержателей

3.1.6.1. Коэффициенты оценки результативности АПП МО-

фондодержателей, участвующие в расчете показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), установлены Приложением № 25 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.6.2. Коэффициенты оценки результативности амбулаторной помощи по профилю стоматология МО-фондодержателей СТП, участвующие в расчете показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), установлены Приложением № 20 к настоящему Тарифному соглашению

3.1.7. Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации (ФАП), а также значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, применяемых к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающих критерии соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, установлены Приложением № 1 к Порядку оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (Приложение № 2 к настоящему Тарифному соглашению).

3.2. Размер и структура тарифов в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях

3.2.1. Средний размер финансового обеспечения

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях медицинскими организациями, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, составляет –

5 889,80 рубля.

3.2.2. Перечень КСГ, коэффициентов относительной затратоемкости

Перечень КСГ и коэффициенты относительной затратоемкости для определения стоимости КСГ по стационарной помощи установлен Приложением № 26 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2.3. Размер средней стоимости КСГ

Базовая ставка на оплату стационарной медицинской помощи по ОМС по законченному случаю заболевания, включенного в соответствующую КСГ, составляет:

- без учета коэффициента дифференциации - 24 255,43 рубля;
- с учетом коэффициента дифференциации - 24 352,45 рубля.

Размер коэффициента приведения при оплате специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара составляет - 0,65.

3.2.4. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ

Установленные коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи в разрезе медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС в 2022 году, установлены Приложением № 27 к настоящему Тарифному соглашению.

Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи установлены Приложением № 26 к настоящему Тарифному соглашению.

Коэффициенты сложности лечения пациента указаны в Приложении № 5 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2.5. Нормативы финансовых затрат на единицу медицинской помощи по перечню видов ВМП, входящих в базовую программу ОМС, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, установлены Приложением № 28 к настоящему Тарифному соглашению.

3.3. Размер и структура тарифов в части медицинской помощи,

оказываемой в условиях дневного стационара

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинскими организациями, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, составляет 1 489,20 рубля.

3.3.2. Перечень КСГ, коэффициенты относительной затратно-емкости и коэффициенты специфики для определения стоимости КСГ по медицинской помощи в условиях дневного стационара, установлены Приложением № 29 к настоящему Тарифному соглашению.

3.3.3. Размер средней стоимости КСГ

Базовая ставка на оплату медицинской помощи в условиях дневных стационаров по законченному случаю лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ, составляет:

- без учета коэффициента дифференциации - 13 915,64 рубля;
- с учетом коэффициента дифференциации - 13 971,30 рубля.

Размер коэффициента приведения при оплате специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара составляет - 0,60.

3.4. Размер и структура тарифов в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения

Средний размер финансового обеспечения СМП, оказываемой вне медицинской организации, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на

единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, составляет – 827,2 рубля.

3.4.2. Размер подушевого норматива финансирования СМП

Подушевой норматив финансирования СМП составляет:

- без учета коэффициента дифференциации - 67,77 рубля в месяц или 813,24 рубля в год;

- с учетом коэффициента дифференциации - 68,04 рубля в месяц или 816,48 рубля в год.

Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования составляет - 0,98312.

3.4.3. Тарифы на оплату единицы объема СМП

Тарифы на оплату вызова СМП установлены Приложением № 30 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.4. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования СМП

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива используются для расчета финансового норматива на одно застрахованное лицо в месяц, предусматривающего различия в затратах на оказание СМП по отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола и возраста.

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц в Нижегородской области распределяется на следующие половозрастные группы:

ноль – один год мужчины/женщины;

один год - четыре года мужчины/женщины;

пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;

восемнадцать - шестьдесят четыре года мужчины/женщины;

шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

На основании данных о затратах на оплату СМП, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, и о численности застрахованных лиц за данный период рассчитываются половозрастные

коэффициенты дифференциации подушевого норматива для каждой половозрастной группы застрахованных лиц.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования СМП установлены Приложением № 31 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.5. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования СМП, коэффициент специфики, учитывающие особенности расселения и плотность населения, половозрастной состав населения, имеющего регистрацию на территории, закрепленной за МО - Фондодержателем, установлены Приложением № 32 к настоящему Тарифному соглашению.

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

Основные подходы к использованию 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 определены в Приложении № 33 к настоящему Тарифному соглашению.

Обязательства медицинских организаций, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, согласно Приложению № 34 к настоящему Тарифному соглашению.

5. Распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленных в соответствии с Территориальной программой ОМС, между медицинскими организациями.

5.1. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные в соответствии с Территориальной программой ОМС, распределенные Комиссией между медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, потребности застрахованных лиц в медицинской помощи, а также нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, представлены в Приложении № 35 к настоящему Тарифному соглашению.

5.2. Объемы финансового обеспечения медицинской помощи, установленные в соответствии с Территориальной программой ОМС, распределенные Комиссией между медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, потребности застрахованных лиц в медицинской помощи, а также нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, представлены в Приложении № 36 к настоящему Тарифному соглашению.

6. Заключительные положения

6.1. Настоящее Тарифное соглашение заключается на один финансовый год и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение финансового года с 01.01.2022 года по 31.12.2022 года.

6.2. В Тарифное соглашение вносятся изменения:

а) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в субъекте Российской Федерации, в части включения (исключения) медицинских организаций;

б) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках ОМС;

в) при внесении изменений в Требования, приводящие к изменению структуры и содержания Тарифного соглашения;

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

д) при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации решений, приводящих к необходимости внесения изменений в Тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов ОМС, и (или) решений об изменении тарифов ОМС.

6.3. Внесение изменений в Тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к Тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

6.4. Настоящее Тарифное соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр хранится в министерстве, второй – в ТФОМС Нижегородской области. Для других Сторон Тарифного соглашения предоставляются копии настоящего Тарифного соглашения, заверенные ТФОМС Нижегородской области.

6.5. Настоящее Тарифное соглашение подлежит хранению в соответствии с правилами организации государственного архивного фонда.

Юридические адреса Сторон:

Министерство здравоохранения Нижегородской области:
603022, г. Нижний Новгород, ул. Малая Ямская, д. 78

Территориальный фонд обязательного медицинского
страхования Нижегородской области:
603006, г. Нижний Новгород, пл. Свободы, д. 6

Нижегородский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»:
603000, г. Нижний Новгород, ул. Славянская, д. 8

Филиал ООО «Капитал МС» в Нижегородской области:
603000, г. Нижний Новгород, ул. Белинского, д. 32

Филиал ООО «Страховая компания «Ингосстрах-М» в г. Н. Новгороде:
603000, г. Нижний Новгород, ул. Новая, д. 34 б

Нижегородская региональная общественная организация
«Врачебная палата Нижегородской области»:
603057, г. Нижний Новгород, ул. Бекетова, д. 13а, оф. 118 а

Нижегородская региональная общественная организация
«Главный врач»:
603000, г. Нижний Новгород, ул. Вокзальная, д. 20/2

Нижегородская областная организация профсоюза
работников здравоохранения Российской Федерации:
603057, г. Нижний Новгород, пр. Гагарина, д. 29, оф. 414

Подписи Сторон:

от министерства здравоохранения Нижегородской области:

Заместитель Губернатора
Нижегородской области, министр
здравоохранения Нижегородской
области



Д.В.Мелик-Гусейнов

Первый заместитель министра
здравоохранения Нижегородской
области

Г.В.Михайлова

Начальник отдела организации
медицинской помощи взрослому
населению

Т.В.Егорова

от Территориального фонда обязательного медицинского страхования
Нижегородской области:



Директор

С.И.Ермолова

Заместитель директора
по организации обязательного
медицинского страхования

М.Ю.Пестова

Начальник финансово-
экономического управления

О.В.Шумаева

от страховых медицинских организаций:

Директор Нижегородского
филиала АО «Страховая компания
«СОГАЗ-Мед»

отсутствовала В.А.Емелина

Директор филиала
ООО «Капитал МС» в
Нижегородской области



Т.В.Платонова

Заместитель директора
Филиала ООО «Страховая компания
«Ингосстрах-М» в г.Н.Новгороде



С.В.Хомова

от медицинских профессиональных некоммерческих ассоциаций:

Председатель Нижегородской
региональной общественной
организации «Врачебная палата
Нижегородской области»



А.В.Цопов

Председатель Нижегородской
региональной общественной
организации «Главный врач»

Н.Н.Сухачева



Председатель правления
Ассоциации нижегородских частных
медицинских центров



А.В.Душкин

от Нижегородской областной организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации:

Председатель

В.Н.Приказнов

Заместитель председателя

Л.П.Савельева

Член областного комитета

П.В.Ястребов

