

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в сфере обязательного медицинского страхования
в Калужской области**

I. Общие положения

1.1. Настоящее Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования в Калужской области (далее – Соглашение) разработано в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 326-ФЗ), Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» (далее – Программа госгарантий), Приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС), Постановлением Правительства Калужской области от 30.12.2020 № 1020 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калужской области на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» (далее – Территориальная программа государственных гарантий), Приказом Минздрава России от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», совместным письмом Минздрава России и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 30.12.2020 № 11-7/и/2-20691/№00-10-26-2-04/11-51 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (далее – Методические рекомендации), другими нормативными правовыми актами в сфере обязательного медицинского страхования.

1.2. Соглашение заключено между министерством здравоохранения Калужской области в лице министра здравоохранения Калужской области А.Ю. Цкаева, действующего на основании Положения о министерстве здравоохранения Калужской области, утвержденного постановлением Правительства Калужской области от 31.08.2017 № 489, постановления Правительства Калужской области от 29.03.2012 № 154 «О составе комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования»;

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Калужской области в лице директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Калужской области Ю.В. Ковалевой, действующего на основании Положения о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Калужской области, утвержденного Постановлением Правительства Калужской области от 21.12.2011 № 685, постановления Правительства Калужской области от 29.03.2012 № 154 «О составе комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования»;

Акционерным обществом «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» в лице директора Калужского филиала Акционерного общества «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Е.А. Амелиной, действующего на основании Доверенности от 01.01.2021 № Д-41/2021; постановления Правительства Калужской области от 29.03.2012 № 154 «О составе

комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования»;

Калужской областной общественной организацией «Врачи Калужской области» в лице президента Е.Н. Алешиной, действующего на основании Устава, постановления Правительства Калужской области от 29.03.2012 № 154 «О составе комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования»;

Калужской областной организацией Профсоюза работников здравоохранения РФ в лице председателя Л.И. Галкиной, действующего на основании Устава профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации, постановления Правительства Калужской области от 29.03.2012 № 154 «О составе комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования», (далее – Стороны).

1.3. Предметом Соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, способов оплаты медицинской помощи, размеров неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

1.4. Сокращения, используемые в рамках настоящего Соглашения:

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь

ГБУЗ КО – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калужской области

ГАУЗ КО – Государственное автономное учреждение здравоохранения Калужской области

КСГ – клинико-статистическая группа заболеваний

КПГ – клинико-профильная группа

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (Десятый пересмотр)

МО – медицинская организация

ОМС – обязательное медицинское страхование

СМО – страховая медицинская организация

СМП – скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная медицинская помощь (ССМП)

УЕТ – условная единица трудоемкости

ФП – фельдшерский пункт

ФАП – фельдшерско-акушерский пункт

ФГБУ – Федеральное государственное бюджетное учреждение

ФКУЗ – Федеральное казенное учреждение здравоохранения

ФГАУ – Федеральное государственное автономное учреждение

ФФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

Фонд – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Калужской области

ЭКСМП – экстренная консультативная скорая медицинская помощь.

1.5. Основные термины и определения, используемые в рамках настоящего Соглашения:

Застрахованное лицо – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ.

Территориальная программа ОМС Калужской области – составная часть Территориальной программы государственных гарантий, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории Калужской области.

Подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи (тариф на основе подушевого норматива) – ежемесячная сумма финансовых средств на одно застрахованное лицо, прикрепленное к медицинской организации на медицинское обслуживание для получения первичной медико-санитарной помощи.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи (тариф на основе подушевого норматива СМП) – ежемесячная сумма финансовых средств на одно застрахованное лицо, обслуживаемое медицинской организацией при оказании скорой медицинской помощи (за исключением экстренной консультативной скорой медицинской помощи) вне медицинской организации.

«Прикрепленные» граждане (прикрепленное» население) – лица, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию в Калужской области и прикрепленные к МО на обслуживание в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Понятие вводится как учетная величина при оплате медицинской помощи МО, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по тарифу на основе подушевого норматива и не ограничивает получение медицинской помощи гражданами в других МО.

Посещение – контакт пациента с врачом, средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием, с последующей записью (постановка диагноза, назначение лечения, динамическое наблюдение и другие записи на основании наблюдения за пациентом) в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или с последующей записью в «Медицинской карте ребенка» или в «Истории развития ребенка» и оформлением талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Посещение врача в приемном отделении для оказания неотложной помощи, в случае самостоятельного (без направления врача) обращения больного – контакт пациента с врачом (врачами), фельдшером без последующей госпитализации, с оформлением «Журнала регистрации амбулаторных больных», «Журнала учета приема больных и отказов в госпитализации», а также оформлением талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Оказание неотложной помощи в приемном отделении без динамического наблюдения – контакт пациента с врачом (врачами), обязательное проведение лабораторных и (или) инструментальных методов исследования и при необходимости медикаментозной терапии без последующей госпитализации, с оформлением соответствующей медицинской документации.

Оказание неотложной помощи в приемном отделении с динамическим врачебным наблюдением – контакт пациента с врачом (врачами), обязательное проведение лабораторных и (или) инструментальных методов исследования и медикаментозной терапии, **наблюдение** за состоянием здоровья пациентов **от 4 до 24 часов** без последующей госпитализации в круглосуточный стационар, с оформлением соответствующей медицинской документации.

Законченный случай лечения в амбулаторных условиях - обращение по поводу заболевания (кратность посещений по поводу одного заболевания не менее 2, когда цель обращения достигнута). Обращение как законченный случай по поводу заболевания складывается из первичных и повторных посещений, в т. ч. посещений на дому.

Под законченным случаем лечения понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента для дальнейшего получения медицинской помощи в условиях дневного или круглосуточного стационаров. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, только при последнем посещении больного по данному поводу.

Посещения с профилактической целью – посещения по поводу медицинских осмотров, диспансеризация определенных групп населения, комплексный медицинский осмотр, патронаж, посещения в связи с другими обстоятельствами (в том числе наблюдение по поводу течения неосложненной беременности) с соответствующей записью в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оформлением талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и других форм документов, оформляемых при проведении диспансеризации.

Посещения с иными целями – разовые посещения по заболеванию, активные посещения (включая консультации врачей-специалистов), диспансерное наблюдение, консультативные посещения, посещения по поводу получения направлений, справок и медицинских документов с соответствующей записью в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и оформлением талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме - контакт пациента с фельдшером, врачом, проведение необходимых лабораторных и инструментальных исследований, проведение медикаментозной терапии с целью снятия неотложного состояния пациента с соответствующей записью в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и оформлением талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Вызов скорой медицинской помощи - незамедлительный выезд и прибытие бригады скорой медицинской помощи к пациенту (на место вызова СМП), оказание СМП, включая установление ведущего синдрома и предварительного диагноза заболевания (состояния), осуществление мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению клинического состояния пациента и, при наличии медицинских показаний, осуществление медицинской эвакуации в медицинскую организацию, оказывающую консультативную и/или стационарную медицинскую помощь; с оформлением «Карты вызова скорой медицинской помощи» и «Сопроводительного листа станции (отделения) скорой медицинской помощи и талона к нему» при медицинской эвакуации пациента в МО.

При самостоятельном обращении пациента на станцию (отделение) скорой медицинской помощи в обязательном порядке заполняется «Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи» и талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Данное обращение включается в реестр счетов по тарифу ОМС медицинской услуги «Амбулаторный прием в отделении (станции) СМП».

Комплексное обследование в центре здоровья - контакт пациента с врачом с целью проведения комплексного обследования с последующей записью в карте центра здоровья, карте здорового образа жизни ребенка и оформлением талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Посещение в рамках динамического наблюдения в центре здоровья - повторное обращение пациента к врачу, рекомендованное пациенту на основании результатов проведенного комплексного обследования, с последующей записью в карте центра здоровья, карте здорового образа жизни ребенка и оформлением талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Высокотехнологичная медицинская помощь - часть специализированной медицинской помощи и включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Случай госпитализации – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Законченный случай лечения в условиях круглосуточного или дневного стационаров – совокупность медицинских услуг в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе стандартов медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационаре в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выбытия (выписки).

Прерванный случай лечения – случай оказания медицинской помощи без достижения положительного клинического результата с исходами лечения: перевод пациента в другую медицинскую организацию, преждевременная выписка пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

Сверхкороткий случай лечения – это случай оказания медицинской помощи, при котором достигнут ожидаемый клинический результат и длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно (≤ 3 дня).

Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ) – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

Клинико-профильная группа (КПГ) - группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи.

В КСГ/КПГ входит выполнение пациенту комплекса диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий с оформлением медицинской карты стационарного больного и «Статистической карты выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому».

Подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний – группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых в Калужской области, для которой установлен коэффициент относительной затратно-емкости, отличный от коэффициента относительной затратно-емкости по клинико-статистической группе, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп.

Оплата медицинской помощи по КСГ – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратоемкости и поправочных коэффициентов.

Базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС Калужской области, с учетом других параметров (средняя стоимость законченного случая лечения).

Оплата медицинской помощи за услугу – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации.

Коэффициент относительной затратоемкости – коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинко-статистической группы заболеваний или клинко-профильной группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

Поправочные коэффициенты – устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов.

Коэффициент специфики – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинко-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинко-статистической группе заболеваний.

Коэффициент уровня медицинской организации – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Коэффициент подуровня медицинской организации – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций одного уровня, обусловленный объективными причинами.

Коэффициент сложности лечения пациентов – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, применяемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

1.6. Взаимодействие между участниками и субъектами ОМС осуществляется в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации, регламентирующими ОМС, нормативными документами ФФОМС, заключенными между участниками ОМС договорами о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, Порядком информационного взаимодействия между участниками обязательного медицинского страхования при осуществлении персонализированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Калужской области от 01.11.2018, утвержденным министерством здравоохранения Калужской области, Фондом, Акционерным обществом «МАКС-М» в лице филиала в г. Калуге, Обществом с ограниченной ответственностью ВТБ Медицинское страхование в лице Калужского филиала, размещенным на официальном сайте Фонда в сети «Интернет».

II. Способы оплаты медицинской помощи

2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты:

- 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, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

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

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате 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);

- по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации.

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации, и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), применяются следующие способы оплаты:

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

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а

также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

2.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, применяются следующие способы оплаты:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);
- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

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

- по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

2.5. Способы оплаты медицинской помощи, используемые при оплате медицинской помощи, оказываемой каждой медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в Калужской области, за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в разрезе условий оказания медицинской помощи указаны в **таблице 1 Приложения № 1** к Соглашению.

2.6. Способы оплаты медицинской помощи, используемые при оплате медицинской помощи, оказываемой каждой медицинской организацией, подведомственной федеральным органам исполнительной власти, включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в Калужской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи указаны в **таблице 2 Приложения № 1** к Соглашению.

III. Тарифы на оплату медицинской помощи

3.1. Тариф на оплату медицинской помощи (далее – тариф) – сумма, определяющая размер возмещения и состав компенсируемых расходов медицинских организаций на оказание медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС.

3.2. Тарифы формируются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной Правилами ОМС и являются едиными для всех страховых медицинских организаций. Формирование тарифов на оплату медицинской помощи осуществляется в пределах утвержденных средств бюджета Фонда на соответствующий финансовый год.

3.3. В структуру тарифа включены 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.

В соответствии с Программой госгарантий тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования включают 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), организацию 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.

3.4. В части расходов на заработную плату размер тарифа включает в себя финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежных выплат:

- врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам 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 сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;
- врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;
- врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

3.5. Размер тарифа на оплату медицинской помощи определяется дифференцированно с учетом уровня медицинской организации (коэффициент уровня):

1) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации первого уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) (за исключением медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами);

2) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации второго уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению нескольких

муниципальных образований, а также указанной медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами;

3) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации третьего уровня (структурном подразделении) применяется при расчете тарифа на оплату специализированной медицинской помощи медицинскими организациями (структурными подразделениями), оказывающими высокотехнологичную медицинскую помощь.

3.5.1. Распределение медицинских организаций по уровням (подуровням) указано в **Приложении № 2** к Соглашению.

3.6. Порядок расчета тарифа на оплату медицинской помощи и особенности оплаты медицинской помощи в Калужской области указан в **Приложении № 3** к Соглашению.

3.7. При определении тарифа на оплату медицинской помощи, используемого при оплате медицинской помощи способами, указанными в пунктах 2.1 и 2.4 Соглашения, установлены:

1) размер среднего подушевого норматива финансирования:

- в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях – 5 152,48 рубля.

- в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации – 769,14 рублей.

2) размер базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на год:

- в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях – 3 173,92 рубля, рассчитанный в соответствии с Методикой формирования дифференцированных подушевых нормативов для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население, представленной в **Приложении № 4** к Соглашению;

- в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации – 703,63 рубля, рассчитанный в соответствии с Методикой расчета подушевых нормативов для оплаты скорой медицинской помощи, представленной в **Приложении № 5** к Соглашению.

3) тарифы на основе подушевого норматива финансирования:

- в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, указанные в **Приложении № 6** к Соглашению;

- в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, указанные в **Приложении № 7** к Соглашению;

4) значения коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования:

- в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях – 0,440;

- в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации – 0,880;

5) значение коэффициента специфики оказания медицинской помощи к базовому подушевому нормативу финансирования:

- в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, указанные в **Приложении № 6** к Соглашению;

- в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, указанные в **Приложении № 7** к Соглашению;

б) размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи,

оплачиваемой за единицу объема ее оказания:

- за обращение, за посещение по тарифам, указанные **таблице 2 Приложения № 8, таблице 2 Приложения № 9** к Соглашению;
- за оказание медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме, указанные в **таблице 2 Приложения № 10** к Соглашению;
- за медицинские услуги по Перечню медицинских услуг, оплата которых осуществляется по тарифам за услугу, указанные в **Приложении № 11** к Соглашению);
- за вызов скорой медицинской помощи, указанные в **Приложении № 12** к Соглашению.

7) значения коэффициента уровня оказания медицинской помощи, включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), указанные в **Приложении № 4** к Соглашению;

8) значения коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тыс. человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, указанные в **приложении 2 к Приложению № 4** к Соглашению;

9) базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации (фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, при условии их соответствия требованиям, установленным Приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»):

- ФП/ФАП, обслуживающий от 100 до 900 жителей, – 1 010,7 тыс. рублей,
- ФП/ФАП, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, – 1 601,2 тыс. рублей,
- ФП/ФАП, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, – 1 798,0 тыс. рублей;

10) значение коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации:

- для фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих менее 100 жителей, – 0,3 к размеру финансового обеспечения ФП/ФАП, обслуживающего от 100 до 900 жителей;
- для фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих населения свыше 2000 жителей, - 1,28 к размеру финансового обеспечения ФП/ФАП, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей.

Перечень ФП/ФАП, дифференцированных по численности обслуживаемого населения в соответствии с Программой госгарантий с соответствующим размером финансового обеспечения, представлен в **Приложении № 13** к Соглашению;

11) перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки, а также размеры и порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей, указанный в **Приложении №14** к Соглашению.

3.8. При определении тарифа на оплату медицинской помощи, используемого при оплате медицинской помощи способами, указанными в пунктах 2.2 и 2.3 Соглашения, установлены:

1) перечень групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ, присутствующие в перечне заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной

медицинской помощи) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в составе Территориальной программы государственных гарантий, указанный в **Приложении № 15 к Соглашению;**

2) значения коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке:

- в стационарных условиях – 0,65;
- в условиях дневного стационара – 0,60.

Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) составляет:

- в стационарных условиях – 23 456,23 руб.;
- в условиях дневного стационара – 13 285,02 руб.

3) значения коэффициента относительной затратоемкости по КСГ:

- в стационарных условиях, указанные в **Приложении № 16 к Соглашению;**
- в условиях дневного стационара, указанные в **Приложении № 17 к Соглашению;**

4) значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи, указанные в **таблице 2 Приложения № 18 к Соглашению**, по прочим КСГ, не указанным в **таблице 2 Приложения № 18 к Соглашению**, применяется коэффициент специфики равный 1 (один);

5) значения коэффициента сложности лечения пациента, указанные в **Приложении № 19 к Соглашению;**

6) значения коэффициента уровня (подуровня) медицинской организации, указанные в **Приложении № 20 к Соглашению;**

7) нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления ВМП, указанные в **Приложении № 21 к Соглашению;**

8) тарифы на медицинские услуги, оказываемые в рамках территориальной программы ОМС на 2021 год, в условиях круглосуточного стационара, указанные в **Приложении № 22 к Соглашению;**

9) доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний по КСГ, указанные в **Приложении № 3 к Соглашению;**

10) доли заработной платы в структуре затрат на оказание ВМП, указанные в **Приложении № 23 к Соглашению;**

11) размеры оплаты прерванных, в том числе, сверхкоротких случаев оказания медицинской помощи:

а) при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3 дней - 90% от стоимости КСГ;

б) при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 20% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3 дней - 50% от стоимости КСГ.

В полном объеме, независимо от длительности лечения, оплачиваются случаи лечения в соответствии с **таблицей 1 Приложения № 18 к Соглашению**. Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, представлен в **таблице 4 Приложения № 18 к Соглашению**.

В случае если фактическое количество дней введения в рамках случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

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

Оплата прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, подлежит оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

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

4.1. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи (далее – Перечень оснований) в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения; методика исчисления размеров неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и размеров уплаты штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, устанавливаемой Правилами ОМС; размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи по Перечню оснований; размеры штрафов за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по Перечню оснований представлены в **Приложении № 24** к Соглашению.

4.2. Меры ответственности медицинских организаций в виде применения коэффициентов неоплаты/неполной оплаты, а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (в том числе для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации), применяются в редакции Перечня оснований, действующей на дату завершения случая лечения.

V. Распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями

5.1. Распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС на территории страхования, осуществляется Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Калужской области (далее – Комиссия) в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных в территориальной программе ОМС Калужской области, без учета объемов предоставления застрахованным лицам медицинской помощи за пределами территории Калужской области.

5.2. Распределение объемов финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы

ОМС, осуществляется Комиссией в соответствии с методикой расчета объемов финансового обеспечения медицинской помощи, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, на основании сведений, установленных в настоящем Соглашении, и в пределах общего объема финансового обеспечения территориальной программы ОМС Калужской области, без учета объемов финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории Калужской области

5.3. Объемы предоставления медицинской помощи, указанные в пункте 5.1. настоящего Соглашения, в разрезе видов, форм и условий оказания медицинской помощи, а также профилей специализированной медицинской помощи и групп высокотехнологичной медицинской помощи, приведены в **Приложениях №№ 25-29** к Соглашению.

5.4. Объемы финансового обеспечения медицинской помощи, указанные в пункте 5.2. настоящего Соглашения, приведены в **Приложении № 30** к Соглашению.

VI. Заключительные положения

6.1. Настоящее Соглашение вступает в силу с 01 января 2021 года и действует по 31 декабря 2021 года, распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение 2021 года.

6.2. В настоящее Соглашение вносятся изменения и дополнения по соглашению Сторон и основаниям, предусмотренным Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

6.3. Внесение изменений в Соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к Соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

6.4. Настоящее Соглашение является обязательным для исполнения всеми участниками системы ОМС Калужской области.

6.5. Настоящее Соглашение составлено в пяти экземплярах, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

6.6. Неотъемлемой частью настоящего Соглашения являются Приложения №№ 1- 31, перечень которых указан в **Приложении № 31** к Соглашению.