

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» (далее - Федеральный закон № 323-ФЗ), Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2022 № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 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 30.12.2022 № 1039 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калужской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» (далее – Территориальная программа государственных гарантий), Приказом Минздрава России от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», совместным письмом Минздрава России и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26.01.2023 № 31-2/И/2-1075, № 00-10-26-2-06/749 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (далее – Методические рекомендации), письмом Минздрава России от 30.01.2023 № 31-2/И/2-1287 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 - 2025 годы», другими нормативными правовыми актами в сфере обязательного медицинского страхования.

1.2. Соглашение заключено между министерством здравоохранения Калужской области в лице министра здравоохранения Калужской области К.В. Пахоменко, 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 01.01.2023 № Д-17/2023; 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 В.А. Андреева, 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 способов оплаты медицинской помощи, применяемых в Калужской области, размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи, размеров неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией 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

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

ФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

Фонд – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Калужской области

ЭКСП – экстренная консультативная скорая медицинская помощь.

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

Базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов.

Базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов.

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».

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 геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

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 том числе 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.

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).

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

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).

В КСГ 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».

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.

Комплексное посещение - единица объема медицинской помощи, включающая набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации.

Коэффициент дифференциации - устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для субъекта Российской Федерации и/или отдельных территорий субъекта Российской Федерации (используемый в расчетах в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации).

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

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

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

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

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.

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.

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

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

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 затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по клинико-статистической группе, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп.

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

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

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.

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.

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.

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.

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.

«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.

Сверхкороткий случай лечения – это случай оказания медицинской помощи, при котором достигнут ожидаемый клинический результат и длительность госпитализации

составляет менее 3 дней включительно (≤ 3 дня).

Случай госпитализации в круглосуточный стационар (случай лечения в дневном стационаре) – случай диагностики и 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.

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

1.6. Взаимодействие между участниками и субъектами ОМС осуществляется в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации, регламентирующими ОМС, нормативными документами ФОМС, 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 персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Калужской области, размещенным на официальном сайте Фонда в сети «Интернет».

II. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Калужской области

2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, 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: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

д) профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;

е) диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

ж) медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

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

2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях применяются следующие способы оплаты:

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ, группу ВМП), 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 объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки

пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 5 к Программе госгарантий, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

2.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

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

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ, группу ВМП), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по КСГ, группе ВМП);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 5 к Программе госгарантий, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по КСГ, группе ВМП).

2.4. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

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), применяются следующие способы оплаты:

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

2.5. Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Калужской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты установлен в Приложении № 1 к Соглашению.

III. Размер и структура тарифов 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 Калужской области.

3.2. Тарифы формируются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, 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, а также 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 счет средств ОМС.

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 ФП и ФАП (заведующим ФП и ФАП, фельдшерам, акушерам, 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. Порядок расчета тарифа на оплату медицинской помощи в Калужской области указан в **Приложении № 3** к Соглашению.

3.6. При определении размера тарифов на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях установлены:

3.6.1 половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения в Приложении № 4 к Соглашению;

3.6.2 перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования в Приложении № 4 к Соглашению;

3.6.3 перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования в Приложении № 4 к Соглашению;

3.6.4 средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС Калужской области, - 5 946,27 рублей.

3.6.5 размер базовых подушевых нормативов финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования - 1 810,07 рублей, 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;

3.6.6 значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций в **Приложении № 6** к Соглашению с учетом установленных:

1) коэффициентов 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 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала в **Приложении 2 к Приложению № 4**

2) коэффициентов половозрастного состава в **Приложении № 6** к Соглашению;

3) коэффициентов уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации) в **Таблице 2 приложения 1 к Приложению № 4** к Соглашению;

4) коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в Калужской области¹ в **Таблице 3 приложения 1 к Приложению № 4** к Соглашению;

5) коэффициентов дифференциации, рассчитанный в соответствии с

¹ Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. N 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 19, ст. 2334).

постановлением 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», установлен в значении 1.

3.6.7 тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, услуга диализа, посещение, обращение (законченный случай), комплексные посещения, применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Калужской области лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации в **Приложениях №№ 8, 9, 10, 11** к Соглашению;

3.6.8 перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в **Приложении № 14** к Соглашению;

3.6.9 размер финансового обеспечения ФП, ФАП при условии их соответствия (несоответствия) требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 г. № 543н:

ФП/ФАП, обслуживающий от 100 до 900 жителей, – 1 174,2 тыс. рублей,

ФП/ФАП, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, – 1 860,3 тыс. рублей,

ФП/ФАП, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, – 2 088,9 тыс. рублей;

Понижающие поправочные коэффициенты к размеру финансового обеспечения ФП/ФАП:

- для ФП/ФАП, обслуживающих менее 100 жителей, – 0,3 к размеру финансового обеспечения ФП/ФАП, обслуживающего от 100 до 900 жителей;

- для ФП/ФАП, обслуживающих от 101 до 900 жителей, при условии их не соответствия требованиям, установленным Приказом № 543н, – 0,85 к размеру финансового обеспечения ФП/ФАП, обслуживающего от 100 до 900 жителей;

- для ФП/ФАП, обслуживающих от 901 до 1500 жителей, при условии их не соответствия требованиям, установленным Приказом № 543н, – 0,63 к размеру финансового обеспечения ФП/ФАП, обслуживающего от 901 до 1500 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;

3.7. При определении размера тарифов на оплату медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара установлены:

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

- в части медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, – 5 717,27 рублей.

- в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, – 1 561,33 рублей.

3.7.2 перечень КСГ, в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением ВМП), в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в составе Программы госгарантий с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ, в соответствии с перечнем, приведенным в Программе госгарантий, указанный в **Приложении № 15 к Соглашению**;

Значения коэффициента относительной затратоемкости по КСГ:

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

- в условиях дневного стационара, указанные в **Приложении № 18 к Соглашению**;

3.7.3 размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ):

- в стационарных условиях – 25 968,48 рублей;

- в условиях дневного стационара – 15 029,10 рублей;

3.7.4 значения коэффициентов:

1) коэффициента дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением 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», установлен в **значении 1**;

2) коэффициентов специфики, указанные в **Приложении № 20 к Соглашению**. По прочим КСГ, не указанным в Приложении № 20 к Соглашению, применяется коэффициент специфики равный 1 (один);

3) коэффициентов сложности лечения пациента, указанные в **Приложении № 27 к Соглашению**;

4) коэффициента уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, указанные в **Приложении № 25 к Соглашению**;

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

3.7.5. размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи, за исключением основания, связанного с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях не в полном объеме, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ:

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

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

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

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

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 2.1.7 и 2.1.9 пункта 2.1 раздела II «Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях» **Приложения № 3** к Соглашению, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

3.7.6 доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ в **Таблице 1 Приложения № 3** к Соглашению;

3.7.7 тарифы на оплату услуг диализа в **Приложении № 26** к Соглашению;

3.7.8 перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации в **Приложении № 17** к Соглашению;

3.7.9 перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно в **Приложении № 19** к Соглашению;

3.7.10 перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию в **Приложении № 22** к Соглашению;

Прерванные случаи по КСГ, не предусмотренным Приложением № 22 к Соглашению, не могут быть оплачены с применением диапазонов уменьшения размеров оплаты прерванных случаев (80 % и 90 % соответственно), указанным в подпункте 3.7.5 Соглашения.

3.7.11 тарифы на оплату законченных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи, установленные с учетом применения коэффициента дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленной в Программе госгарантий, в **Приложении № 23** к Соглашению.

3.8. При определении размера тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установлены:

3.8.1 перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования в **Приложении № 5** к Соглашению;

3.8.2 перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования в **Приложении № 5** к Соглашению;

3.8.3 средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС Калужской области, составляет – 865,28 рублей

3.8.4 размер базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования – 830,36 рублей, рассчитанный в соответствии с Методикой расчета подушевых нормативов для оплаты скорой медицинской помощи, представленной в **Приложении № 5** к Соглашению.

3.8.5 значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций в **Приложении № 7** к Соглашению с учетом установленных:

1) коэффициентов половозрастного состава в **Таблице 2 Приложения № 5** к Соглашению;

2) коэффициентов уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации) в **Приложении № 5** к Соглашению;

3) коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Калужской области в **Приложении № 5** к Соглашению²;

4) коэффициентов дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 N 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», **установлен в значении 1**;

3.8.6 тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов), применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Калужской области лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации в **Приложении № 12** к Соглашению.

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

Применяемые к медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы ОМС Калужской области, санкции за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, представлены в **Приложении № 24** к Соглашению.

² Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. N 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 19, ст. 2334).

V. Заключительные положения

5.1. Настоящее Соглашение вступает в силу с 1 января 2023 года и действует по 31 декабря 2023 года, распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение 2023 года.

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

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

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

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