

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в сфере обязательного медицинского страхования
в Калужской области

г. Калуга

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 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 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 29.12.2023 № 915 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калужской области на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 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 01.02.2023 № Д-294/2023; 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

ФЗП – фельдшерский здравпункт

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 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 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 генной 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 выписки (выпуска).

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 затратоемкости – 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.

Нарушение при оказании медицинской помощи (дефект) – несоответствие оказанной медицинской помощи, предъявленной к оплате из средств ОМС, действующим на момент оказания медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, в том числе, порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям, стандартам медицинской помощи – в их отсутствие методическим документам по вопросам оказания медицинской помощи, утвержденным уполномоченным органом в сфере здравоохранения (методическим руководствам, алгоритмам действия врача, протоколам ведения пациентов), либо сложившейся клинической практике, изложенной в клинических рекомендациях, подготовленных главными внештатными специалистами Министерства здравоохранения Российской Федерации по соответствующим медицинским специальностям, а также критериям к ее оказанию, установленным территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и тарифным соглашением. Указанное несоответствие должно выражаться в невыполнении, несвоевременном или ненадлежащем выполнении оказываемых пациенту в рамках страхового случая конкретных, диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств, либо отдельных медицинских услуг и их составляющих, предусмотренных в вышеуказанных регламентирующих документах.

К нарушениям при оказании медицинской помощи, в том числе относятся нарушения оформления медицинской документации.

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 клинко-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 выбравшие МО для получения медицинской помощи 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», а также застрахованные лица, регистрация по месту проживания которых соответствует зонам территориального обслуживания медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, установленным министерством здравоохранения Калужской области.

Понятие вводится как учетная величина при оплате медицинской помощи МО, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также скорой медицинской помощи, 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 и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, 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 и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

е) диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях;

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 медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю "медицинская реабилитация", оказанной гражданам на дому) на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, в том числе в референс-центрах, проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в программу ОМС.

2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (далее – госпитализация), в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) 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, смерти пациента, 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 № 3 к Территориальной программе государственных гарантий, 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, смерти пациента, 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 № 3 к Территориальной программе государственных гарантий, в том числе в сочетании с оплатой 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 субъекта Российской Федерации, 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 2024 году, 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 (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) 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 ФЗП и ФАП (заведующим 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, - 6 883,62 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 – 2 073,69 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 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

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).

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 ФЗП, 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:

ФЗП/ФАП, обслуживающий от 101 до 900 жителей, – 1 230,5 тыс. рублей,

ФЗП/ФАП, обслуживающий от 901 до 1500 жителей, – 2 460,9 тыс. рублей,

ФЗП/ФАП, обслуживающий от 1501 до 2000 жителей, – 2 907,1 тыс. рублей;

Понижающие поправочные коэффициенты к размеру финансового обеспечения ФЗП/ФАП:

- для ФЗП/ФАП, обслуживающих до 100 жителей, – 0,3 к размеру финансового обеспечения ФЗП/ФАП, обслуживающего от 101 до 900 жителей;

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

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

Перечень ФЗП/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, – 7 674,8 рублей.

- в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, – 2 031,1 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 – 28 306,46 рублей;
- в условиях дневного стационара – 16 430,88 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 достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в Калужской области² в **Приложении № 16 к Соглашению**;

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

4) коэффициентов сложности лечения пациента, указанные в **Приложении № 26 к Соглашению**;

5) коэффициента уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, указанные в **Приложении № 2 к Соглашению**;

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

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 № 25** 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 – 1 060,6 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 – 903,49 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 Соглашению³;

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

³ **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).

**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.

V. Заключительные положения

5.1. Настоящее Соглашение вступает в силу с 1 января 2024 года и действует по 31 декабря 2024 года, распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение 2024 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. Неотъемлемой частью настоящего Соглашения являются Приложения №№ 1- 30, перечень которых указан в **Приложении № 30** к Соглашению.

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