ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в сфере обязательного медицинского страхования в Калужской области

г. Калуга 30 декабря 2022 г.

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 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», совместным письмом Минздрава России и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 04.02.2022 № 11-7/И/2-1631 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (далее – Методические рекомендации), другими нормативными правовыми актами в сфере обязательного медицинского страхования.

1.2. Соглашение заключено между министерством здравоохранения Калужской области в лице министра здравоохранения Калужской области 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 01.08.2021 № Д-471/2021; постановления Правительства Калужской области от 29.03.2012 № 154 «О составе

комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования»;

Калужской областной общественной организацией «Врачи Калужской области» в лице президента 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 тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, способов оплаты медицинской помощи, размеров неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

1.4. Сокращения, используемые в рамках настоящего Соглашения:

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь

ГБУЗ КО – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калужской области

ГАУЗ КО – Государственное автономное учреждение здравоохранения Калужской области

КСГ – клинико-статистическая группа заболеваний

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

ЭКСМП – 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 с учетом коэффициента приведения.

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 выбытия (выписка).

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.

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.

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

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

– по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи. Финансовое обеспечение стимулирования медицинских организаций, имеющих прикрепленное население для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, за достижение показателей результативности их деятельности, осуществляется в пределах средств, предусмотренных на эти цели в бюджете ФОМС.

– 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 патологоанатомических 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;

– по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации - используется при оплате медицинской помощи, оказываемой ФП и ФАП, учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н (далее – Приказ № 543н).

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

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

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

III. Тарифы на оплату медицинской помощи

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

3.2. Тарифы формируются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по 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.

Тарифы на оплату ВМП, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования включают в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств.

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

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

- медицинским работникам ФП и ФАП (заведующим ФП и ФАП, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

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

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

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

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

2) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации второго уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению нескольких муниципальных образований, а также указанной медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами;

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

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

3.5.2. Коэффициент 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.

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

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

1) размер среднего подушевого норматива финансирования:

- в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, –

5 680,45 рублей.

- в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, – **673,87** рублей.

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

- в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, – **1 629,36** 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;

- в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, – **639,02** рублей, рассчитанный в соответствии с Методикой расчета подушевых нормативов для оплаты скорой медицинской помощи, представленной в **Приложении № 5** к Соглашению.

3) тарифы на основе подушевого норматива финансирования:

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

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

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

- в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, – **0,286**;

- в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, – **0,948**.

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

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

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

6) размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания:

- за обращение, за посещение по тарифам - в **таблице 2 Приложения № 8, таблице 2 Приложения № 9** к Соглашению;

- за оказание медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме, - в **таблице 2 Приложения № 10** к Соглашению;

- за медицинские услуги по Перечню медицинских услуг, оплата которых осуществляется по тарифам за услугу, - в **Приложении № 11** к Соглашению;

- за вызов скорой медицинской помощи - в **Приложении № 12** к Соглашению.

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

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

9) базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации (ФП и ФАП, при условии их соответствия требованиям, установленным Приказом № 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;

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

- 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;

11) перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, при выполнении территориальной программы обязательного медицинского страхования в части первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи, а также порядок расчета их значений, указанный в **Приложении №14** к Соглашению.

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

1) перечень групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ, присутствующие в перечне заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением ВМП) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в составе Территориальной программы государственных гарантий, указанный в **Приложении № 15 к Соглашению;**

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

- в стационарных условиях – 0,65;

- в условиях дневного стационара – 0,60.

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

- в стационарных условиях – 25 968,48 рублей;

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

3) 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;

4) значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи, указанные в **Приложения № 20** к Соглашению, по прочим КСГ, не указанным в **Приложении № 20** к Соглашению, применяется коэффициент специфики равный 1 (один)**;**

5) значения коэффициента сложности лечения пациента, указанные в **Приложении № 27** к Соглашению;

6) значения коэффициента уровня (подуровня) медицинской организации, указанные в **Приложении № 25** к Соглашению;

7) нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления ВМП, указанные в **Приложении № 30** к Соглашению**;**

8) тарифы на медицинские услуги, оказываемые в рамках территориальной программы ОМС на 2023 год, в условиях круглосуточного стационара, указанные в **Приложении № 26 к Соглашению;**

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

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

11) размеры оплаты прерванных случаев определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

В случае, если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) была проведена тромболитическая терапия, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 80 процентов от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней - 90 процентов от стоимости КСГ.

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию представлен в **Приложении № 22** к Соглашению.

Прерванные случаи по КСГ, не входящим в **Приложение № 22** к Соглашению, не могут быть оплачены с применением вышеуказанных диапазонов уменьшения размеров оплаты прерванных случаев (80 процентов и 90 процентов соответственно).

Если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 20 процентов от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней - 50 процентов от стоимости КСГ.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше, являющиеся прерванными по основанию, изложенному в подпункте 2.2.7 пункта 2.2 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.

IV. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

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

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

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

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

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

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

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

Министр здравоохранения
Калужской области

248016, г. Калуга, ул. Пролетарская, д. 111
Тел. (484-2) 71-90-02, факс 71-90-77

_____ /К.В. Пахоменко

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Калужской области

248010, г. Калуга, ул. Чичерина, д. 7
Тел. (484-2) 72-45-40, факс 72-45-38

_____ / Ю.В. Ковалева

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

248000, г. Калуга, ул. Георгиевская, д. 3
Тел. (484-2) 21-02-70

_____ /Е.А. Амелина

Президент Калужской областной
общественной организации
«Врачи Калужской области»

248023, г. Калуга, ул. Степана Разина, д. 1
Тел./факс (484-2) 57-56-69

_____ / В.А. Андреев

Председатель Калужской областной
организации Профсоюза работников
здравоохранения РФ

248000, г. Калуга, ул. Ленина, д. 81
Тел./факс (484-2) 57-90-57

_____ / Л.И. Галкина