

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
о реализации территориальной программы
обязательного медицинского страхования
Костромской области на 2023 год

«19» января 2023 года

г. Кострома

Департамент здравоохранения Костромской области (далее – Департамент здравоохранения) в лице директора департамента Гирина Н.В., территориальный фонд обязательного медицинского страхования Костромской области (далее – ТФОМС) в лице директора Николаева В.Е., страховые медицинские организации (далее – СМО) в лице:

- директора филиала ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Костромской области Пушкова М.А.,

- директора филиала АО «Медицинская акционерная страховая компания» в городе Костроме Лысовой С.С.,

- директора Костромского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Щеголевой Н.А.,

- Костромская областная организация профсоюза работников здравоохранения (далее - Организация профсоюза) в лице председателя Лебедько П.В.,

- Региональная общественная организация «Ассоциация врачей Костромской области» в лице председателя совета Титова С.П.,

заключили настоящее Тарифное соглашение **о реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Костромской области на 2023 год** (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. Тарифное соглашение разработано в соответствии с:

1) Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

2) Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

3) 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);

4) Приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила);

5) Приказом Минздравсоцразвития России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

6) Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

7) Постановлением администрации Костромской области от 30.12.2022 № 680-а «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Костромской области на 2023 год и плановый период 2024 и 2025 годов» (далее – Территориальная программа);

8) Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (совместное письмо от 02.02.2022 года Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/И/2-1619 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 00-10-26-2-06/750) (далее – Методические рекомендации)

и другими федеральными и региональными нормативными правовыми актами, регулирующими отношения, связанные с обязательным медицинским страхованием.

1.2. Предметом Тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее – ТП ОМС), их структуру, порядок применения, в том числе способы оплаты медицинской помощи, порядок взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на территории Костромской области при оплате медицинской помощи и порядок использования средств обязательного медицинского страхования.

1.3. Основные понятия, используемые в Тарифном соглашении:

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 ТП ОМС.

Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ, группа заболеваний, состояний) – 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).

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

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 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов (далее – Территориальная программа государственных гарантий).

Коэффициент относительной затратоемкости – устанавливаемый Программой коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

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

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

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

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

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

Оплата медицинской помощи за услугу в условиях круглосуточного и дневного стационаров – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных Тарифным соглашением.

Оплата медицинской помощи за услугу в амбулаторно-поликлинических условиях - мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

Законченный случай лечения в условиях круглосуточного и дневного стационаров – совокупность медицинских услуг по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационаре в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выписки.

Законченный случай лечения в поликлинике (за исключением стоматологии) – обращение по поводу заболевания с кратностью не менее 2 посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и

повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона только при последнем посещении больного по данному поводу.

Условная единица трудоемкости (УЕТ) – норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи, равный 10 минутам.

Прерванный случай оказания медицинской помощи – случай 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 или 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 № 21 к Тарифному соглашению.

Прикрепившееся население (прикрепленное население) – лица, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию, получающие медицинские услуги в медицинской организации по месту жительства (пребывания), работы или по выбору застрахованного лица и включенные в поименные списки, образующие участки обслуживаемого населения (фельдшерские, терапевтические (в том числе цеховые), педиатрические, врача общей практики (семейного врача), комплексные.

Медицинские организации, не имеющие прикрепленного населения – медицинские организации, организационная структура которых не предусматривает наличие участков прикрепленного населения.

Подушевое финансирование – способ оплаты медицинской помощи, при котором объем финансирования медицинских организаций зависит от численности прикрепленного населения и размера подушевого норматива финансирования.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования – сумма финансовых средств на одно застрахованное лицо, рассчитанная с учетом различий в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц (населения) в зависимости от пола, возраста и

потребности в медицинской помощи, предназначенная для определения объема подушевого финансирования.

Детское население – застрахованные лица в возрасте от 0 до 17 лет 11 месяцев 29 дней включительно.

Взрослое население – застрахованные лица в возрасте от 18 лет и старше.

Возраст пациента – возраст обратившегося застрахованного лица, определяемый на дату первичного обращения в медицинскую организацию (например, на дату первого посещения в обращении, на дату поступления в приемный покой и т.п.).

1.4. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Костромской области (далее – ТФОМС) в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия, утвержденными Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, порядком ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, разрабатывает и утверждает порядок и форматы информационного взаимодействия между ТФОМС, медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями.

2. Способы оплаты медицинской помощи

При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты:

2.1. при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

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), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, установленных Министерством здравоохранения (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных

медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.

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

медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

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

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;

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);

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

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

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

за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), 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 № 21 к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

2.3. при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинко-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

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, согласно Приложению № 21 к Тарифному соглашению, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинко-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

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):

по подушевому нормативу финансирования;

за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Костромской области, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

2.5. 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 от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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

2.7. Порядок формирования и оплаты случаев оказания медицинской помощи в соответствии с утвержденными способами оплаты установлен в Приложении № 1.

2.8. Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Костромской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты установлен в Приложении № 3 к Тарифному соглашению.

2.9. Пациентам в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях с целью продолжения лечения, которое начато в возрасте до 18 лет, первичная специализированная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь могут быть оказаны в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь детям по профилю «детская онкология», в случаях и при соблюдении условий, установленных порядком оказания медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи - группа ценовых показателей, определяющих уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинской организации по оказанию медицинской помощи, предусмотренной ТП ОМС. Тарифы формируются в соответствии с методикой, установленной Правилами обязательного медицинского страхования, на основе стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи и являются едиными для всех страховых медицинских организаций, реализующих ТП ОМС. В целях настоящего раздела под «тарифом» также понимается подушевой норматив финансирования на прикрепленное население (в амбулаторных условиях) и подушевой норматив финансирования (для скорой медицинской помощи).

3.2. Тарифы рассчитаны с учетом затрат медицинских организаций, связанных с оказанием медицинской помощи и потребляемых в процессе ее предоставления, и затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемых непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), мощности медицинских организаций, территориальной удаленности, фактически

оказанных объемов медицинской помощи и плановых (прогнозных) показателей на 2023 год в пределах средств, предусмотренных в бюджете ТФОМС на выполнение ТП ОМС.

3.3. Структура тарифа на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенции, полученной из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, 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 обязательного медицинского страхования.

3.4. Размер тарифов на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях.

3.4.1. Половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения установлены в Приложении № 4 к Тарифному соглашению.

3.4.2. Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме, в том числе оказываемую структурными подразделениями медицинских организаций, а также обособленными структурными подразделениями медицинских организаций, размещенными в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием.

3.4.3. Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования:

- финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;
- проведение 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);
- медицинская помощь по профилю «нефрология» при проведении процедур диализа;
- медицинская помощь, оказываемая в неотложной форме;
- медицинская помощь, оказываемая застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;
- медицинская помощь по профилю «стоматология»;
- медицинская помощь, оказываемая в «Центрах здоровья»;
- медицинская помощь, оказываемая в «Школах сахарного диабета»;
- комплексное посещение в рамках I этапа углубленной диспансеризации;
- медицинская помощь в рамках II этапа углубленной диспансеризации;
- проведение медицинской реабилитации, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19);
- диспансерное наблюдение;
- профилактические медицинские осмотры;
- диспансеризация;
- медицинская помощь, для которой установлен способ оплаты – за медицинскую услугу;
- комплексное обследование женщин в период беременности.

3.4.4. Средний размер финансового обеспечения составляет 5 989,84 руб. (с учетом средств на медицинскую реабилитацию).

3.4.5. Базовый подушевой норматив финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования составляет 1 533,02 руб.

3.4.6. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций (с учетом 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; коэффициентов половозрастного состава; коэффициентов уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения,

транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации); коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации) установлены в Приложении № 4 к Тарифному соглашению.

3.4.7. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи, применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями субъекта Костромской области лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации утверждены:

- за медицинскую услугу (Приложение № 5 к Тарифному соглашению);
- за комплексное посещение для проведения диспансерного наблюдения (Приложение № 6 Тарифному соглашению);
- за посещение, за обращение (законченный случай) (Приложение № 7 к Тарифному соглашению);

- за проведение мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан:

- а) диспансеризация определенных групп взрослого населения (Приложения № 8а, 8б и 8в к Тарифному соглашению);

- б) диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (Приложение № 9 к Тарифному соглашению);

- в) диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (Приложение № 9 к Тарифному соглашению);

- г) профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (Приложение № 10 к Тарифному соглашению);

- д) профилактические медицинские осмотры взрослого населения (Приложение № 11 к Тарифному соглашению);

- е) медицинское освидетельствование граждан, намеревающихся усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (Приложение № 12 к Тарифному соглашению).

3.4.8. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, и критерии их оценки (включая целевые значения), а также порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей, в том числе размер выплат за достижение показателей результативности деятельности медицинских организаций установлены в Приложении № 2 к Тарифному соглашению.

3.4.9. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия (несоответствия) требованиям, установленным положением об организации оказания

первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации составляет:

для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей, – 1 174,2 тыс. руб.;

для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 900 до 1500 жителей, – 1 860,3 тыс. руб.;

для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей, – 2 088,9 тыс. руб.

3.5. Размер тарифов на оплату медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

3.5.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо составляет:

в условиях круглосуточного стационара – 6 027,76 руб. (без учета средств на медицинскую реабилитацию);

в условиях дневного стационара – 1 617,17 руб. (без учета средств на медицинскую реабилитацию).

3.5.2. Перечень клинико-статистических групп заболеваний в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в составе программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ установлены:

для круглосуточного стационара в Приложении № 14 к Тарифному соглашению;

для дневного стационара в Приложении № 15 к Тарифному соглашению.

3.5.3. Размер базовой ставки составляет:

в условиях круглосуточного стационара – 26 011,38 руб.;

в условиях дневного стационара – 15 052,44 руб.

3.5.4. Значения коэффициентов:

3.5.4.1. Коэффициенты специфики установлены:

для круглосуточного стационара в Приложении № 14 к Тарифному соглашению;

для дневного стационара в Приложении № 15 к Тарифному соглашению.

3.5.4.2. Коэффициенты сложности лечения пациента установлены в Приложении № 17 к Тарифному соглашению.

3.5.4.3. Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций установлены Приложениях № 3 и № 16 к Тарифному соглашению.

3.5.5. Размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи утвержден в Приложении № 1 к Тарифному соглашению.

3.5.6. Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ установлены в Приложении № 1 к Тарифному соглашению.

3.5.7. Тарифа на оплату услуг диализа установлены в Приложении № 5 к Тарифному соглашению.

3.5.8. Перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации установлен в Приложении № 1 к Тарифному соглашению.

3.5.9. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно установлен в Приложении № 21 к Тарифному соглашению.

3.5.10. Перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию установлен в Приложении № 22 к Тарифному соглашению.

3.5.11. Тарифы на оплату законченных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи установлены в Приложении № 18 к Тарифному соглашению.

3.6. Размер тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

3.6.1. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорую (специализированную) медицинскую помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов.

3.6.2. Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования:

– вызовы скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии;

– вызовы скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

3.6.3. Средний размер финансового обеспечения составляет 933,84 руб.

3.6.4. Размер базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования составляет 917,60 руб.

3.6.5. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций (с учетом коэффициентов половозрастного состава; коэффициентов уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской

организации); коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации) установлены в Приложении № 4 к Тарифному соглашению.

3.6.6. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов), применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Костромской области лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации установлены в Приложении № 13 к Тарифному соглашению.

3.7. Значение коэффициента дифференциации Костромской области 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» равно 1,00.

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

4.1. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), 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) и рекомендации по его применению представлен в Приложении № 19.

4.2. Меры ответственности медицинских организаций в виде применения коэффициентов неоплаты/неполной оплаты, а также штрафов применяются в редакции, действующей на дату завершения случая лечения.

4.3. При предъявлении санкций по результатам проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в рамках контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, оплачиваемой по подушевому нормативу финансирования, размер уменьшения оплаты определяется исходя из применения коэффициента неоплаты/неполной оплаты к тарифам, установленным Приложением № 7 (для амбулаторно-поликлинической помощи), тарифам вызова, установленного Приложением № 13 (для скорой медицинской помощи).

По результатам проведения медико-экономического контроля медицинской помощи (в том числе повторно), оплачиваемой по подушевому нормативу финансирования, уменьшение оплаты медицинской помощи не производится.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2023 года и действует до 31 декабря 2023 года включительно, и применяется при расчетах за случаи оказания медицинской помощи, завершённые после 01 января 2023 года, в том числе начатые ранее.

5.2. В настоящее Тарифное соглашение могут быть внесены изменения и дополнения на основании решения Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования. Изменения оформляются в форме дополнительного соглашения к Тарифному соглашению, подписываются Сторонами и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

5.3. Настоящее Тарифное соглашение является обязательным для исполнения всеми участниками системы ОМС Костромской области.

5.4. Неотъемлемой частью Тарифного соглашения являются:

– Приложение № 1 «Порядок формирования и оплаты случаев оказания медицинской помощи».

– Приложение № 2 «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки (включая целевые значения), а также порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей».

– Приложение № 3 «Перечень медицинских организаций, включающий сведения об уровнях оказания и способах оплаты медицинской помощи».

– Приложение № 4 «Дифференцированные подушевые нормативы финансирования и коэффициенты дифференциации».

– Приложение № 5 «Тарифы на медицинские услуги».

– Приложение № 6 «Тарифы комплексного посещения для проведения диспансерного наблюдения (взрослое население)».

– Приложение № 7 «Тарифы посещений, обращений и неотложной помощи».

– Приложение № 8а «Тарифы I этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения».

– Приложение № 8б «Тарифы осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, включенных во II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения».

– Приложение № 8в «Тарифы углубленной диспансеризации».

– Приложение № 9 «Тарифы I этапа диспансеризации детей-сирот».

– Приложение № 10 «Тарифы I этапа профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних».

– Приложение № 11 «Тарифы профилактического медицинского осмотра взрослого населения».

– Приложение № 12 «Тарифы осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, включенных в медицинское освидетельствование».

граждан, намеревающихся усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей».

- Приложение № 13 «Тарифы вызова скорой медицинской помощи».
- Приложение № 14 «Тарифы КСГ для круглосуточного стационара».
- Приложение № 15 «Тарифы КСГ для дневного стационара».
- Приложение № 16 «Коэффициенты уровней (подуровней) медицинских организаций (структурных подразделений)».
- Приложение № 17 «Порядок применения коэффициентов сложности лечения».
- Приложение № 18 «Тарифы ВМП».
- Приложение № 19 «Штрафные санкции».
- Приложение № 20 «Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях».
- Приложение № 21 «Перечень КСГ, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимости от длительности лечения».
- Приложение № 22 «Перечень КСГ круглосуточно и дневного стационаров, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию».

Подписи сторон

Департамент здравоохранения Костромской области

_____ Н.В. Гирин

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
Костромской области

_____ В.Е. Николаев

Филиал АО «Медицинская акционерная страховая компания» в городе
Костроме

_____ С.С. Лысова

Костромской филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»

_____ Н.А. Щеголева

Филиал ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Костромской области

_____ М.А. Пушков

Костромская областная организация профсоюза работников здравоохранения

_____ П.В. Лебедько

Региональная общественная организация «Костромская ассоциация врачей
Костромской области»

_____ С.П. Титов