

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
о реализации территориальной программы
обязательного медицинского страхования
Костромской области на 2021 год

«29» декабря 2020 года

г. Кострома

Список изменяющих документов
(в ред. Дополнительного соглашения от 17.02.2021 № 1)

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 Лысовой С.С., уполномоченного представителя от страховых медицинских организаций,

- 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 2021 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 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»;

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 29.12.2020 № 648-а «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Костромской области на 2021 год и плановый период 2022 и 2023 годов»

8) Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (совместное письмо от 30.12.2020 года Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/И/2-20691 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 00-10-26-2-04/11-51) (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 – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации ТП ОМС.

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).

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 объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, с учетом других параметров, предусмотренных Методическими рекомендациями (средняя стоимость законченного случая лечения).

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

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

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

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

(в ред. Дополнительного соглашения от 17.02.2021 № 1)

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

(в ред. Дополнительного соглашения от 17.02.2021 № 1)

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

(в ред. Дополнительного соглашения от 17.02.2021 № 1)

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 – случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, самовольном уходе из медицинской организации, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно (≤ 3 дня), за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения, перечень групп которых представлен 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.).

Реестр медицинской помощи – сведения персонифицированного учета об оказанной медицинской помощи, содержащие информацию о случаях оказания медицинской помощи в объеме, предусмотренном частью 4 ст. 44 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в порядке и форматах, определяемым Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Первичный счет на оплату медицинской помощи (основной счет) – счет за оказанную медицинскую помощь, включающий случаи оказания медицинской помощи, предъявляемые к оплате впервые, в отношении которых не проводился медико-экономический контроль.

~~В первично представленный медицинской организацией счет и реестр счетов на оплату медицинской помощи могут включаться случаи оказания медицинской помощи, завершённые за три месяца до месяца предъявления счета, за исключением счетов и реестров счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, предъявляемые к оплате в соответствии с порядком, установленном пунктами 161–180 Правил.~~

~~(в ред. Дополнительного соглашения от 17.02.2021 № 1)~~

Медицинские организации имеют право предъявлять основные счета со случаями оказанной медицинской помощи, завершёнными до 25 числа (включительно) отчетного периода с возможностью предоставления случаев оказания медицинской помощи, завершённых после 25 числа в последующий отчетный период.

Включение в основной счет и реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, отклоненных от оплаты по результатам проведенного ~~страховой медицинской организацией~~ медико-экономического контроля, не допускается.

~~(в ред. Дополнительного соглашения от 17.02.2021 № 1)~~

Повторный счет (исправленный счет) – счет, включающий случаи оказания медицинской помощи, отклоненные от оплаты по результатам медико-экономического контроля.

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 (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

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

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии);

- по нормативу финансирования структурного подразделения (при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами).

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

2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение), в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) и при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения):

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

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

- за медицинскую услугу – при оплате услуг диализа.

2.3. 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 в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

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

2.5. Способы оплаты медицинской помощи, используемые при оплате медицинской помощи, оказываемой каждой медицинской организацией, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Костромской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи приведены в Приложении № 3.

3. Тарифы 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 2021 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.

В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и плановый период 2022 и 2023 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 № 2299, тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования включают в себя расходы на заработную плату,

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

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

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

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

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

3.4.1. Распределение медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи установлено Приложением № 3.

3.5. При определении тарифа на оплату медицинской помощи, используемого при оплате медицинской помощи способами, указанными в пунктах 2.1 и 2.3, установлено:

1) размер среднего подушевого норматива финансирования:
 - в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях – 4 698,17 рубля;

- в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации – 772,15 рублей;

2) значение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования:

- в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях – 0,33272529516;

(в ред. Дополнительного соглашения от 17.02.2021 № 1)

- в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации – 0,988;

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

- в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях – 1 563,20 рубля;

(в ред. Дополнительного соглашения от 17.02.2021 № 1)

- в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации – 762,9 рубля.

Базовый (средний) 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, за исключением:

- расходов на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации;

(в ред. Дополнительного соглашения от 17.02.2021 № 1)

- расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований,

гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии;

- расходов на оплату медицинской помощи по профилю «нефрология» при проведении процедур диализа;

- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

- расходов на стоматологическую помощь;

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой в «Центрах здоровья»;

- тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

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

(в ред. Дополнительного соглашения от 17.02.2021 № 1)

Базовый (средний) 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, за исключением:

- расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии;

- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

4) значения коэффициента специфики, уровня оказания медицинской помощи, 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 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, установлены Приложением № 4;

(в ред. Дополнительного соглашения от 17.02.2021 № 1)

5) базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций составляет:

- фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей – 1 010,7 тыс. рублей,

- фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей – 1 601,2 тыс. рублей,

- фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от

1500 до 2000 жителей – 1 798,0 тыс. рублей.

б) значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, установлены Приложением № 1.

8) 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 установлены Приложением № 2.

7) тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи, в том числе базовые нормативы финансовых затрат на оплату медицинской помощи и коэффициенты, применяемые для определения стоимости единицы объема, оплачиваемой за единицу объема ее оказания:

(в ред. Дополнительного соглашения от 17.02.2021 № 1)

- за медицинскую услугу (Приложение № 5 и 6);
- за посещение, за обращение (законченный случай) (Приложение № 7);
- за проведение мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан:

а) диспансеризация определенных групп взрослого населения (Приложения № 8а и 8б);

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

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);

г) профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (Приложение № 10);

д) профилактические медицинские осмотры взрослого населения (Приложение № 11);

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);

- за вызов скорой медицинской помощи (Приложение № 13).

3.7. При определении тарифа на оплату медицинской помощи, используемого при оплате медицинской помощи способом, указанным в пункте 2.2, установлено:

1) перечень групп заболеваний (КСГ), при которых оказывается специализированная медицинская помощь, установлен:

- для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, согласно Приложению № 14;

- для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, согласно Приложению № 15;

2) значение коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке:

- в условиях круглосуточного стационара – 0,59634046;

- в условиях дневного стационара – 0,6;

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), составляет:

- в условиях круглосуточного стационара – 21 519,84 рублей;

- в условиях дневного стационара – 13 285,02 рублей;

3) значения коэффициента относительной затратноемкости оказания медицинской помощи по перечню групп заболеваний (КСГ), в разрезе условий оказания указанной медицинской помощи:

- для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, согласно Приложению № 14;

- для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, согласно Приложению № 15;

4) значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи для КСГ круглосуточного и дневного стационаров – Приложения № 14 и № 15 соответственно;

5) значения коэффициента сложности лечения пациента – Приложение № 17;

6) значения коэффициента уровня медицинской организации по перечню групп заболеваний (КСГ) в разрезе медицинских организаций – Приложение № 3, Приложение № 14, Приложение № 15 и Приложение № 16;

7) нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи установлены в Приложении № 18;

8) доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний (КСГ) установлены в Приложении № 1;

9) размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи установлен в Приложении № 1.

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 2021 года и действует до 31 декабря 2021 года включительно, и применяется при расчетах за случаи оказания медицинской помощи, завершённые после 01 января 2021 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 на лабораторные исследования».

- 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 № 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».
- (в ред. Дополнительного соглашения от 17.02.2021 № 1)
- 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 ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Костромской области

_____ С.С. Лысова

Костромская областная организация профсоюза работников здравоохранения

_____ П.В. Лебедько

Региональная общественная организация «Костромская ассоциация врачей
Костромской области»

_____ С.П. Титов