

Тарифное соглашение
в системе обязательного медицинского страхования
Смоленской области на 2024 год

г. Смоленск

« 28 » декабря 2023 г.

Департамент Смоленской области по здравоохранению в лице первого заместителя министра Стунжас Ольги Сергеевны,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Смоленской области в лице директора ТФОМС Смоленской области Никонова Константина Владимировича,

Страховая медицинская организация в лице директора общества с ограниченной ответственностью «Капитал Медицинское Страхование» в Смоленской области Бердниковой Лидии Васильевны,

Медицинская организация в лице главного врача ОГБУЗ «Детская клиническая больница» Деминой Елены Геннадьевны,

Смоленская областная организация Профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации в лице главного врача ОГБУЗ «Смоленский онкологический клинический диспансер» Эфрона Александра Григорьевича,

Смоленская региональная общественная организация «Врачебная палата» в лице главного врача ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая психиатрическая больница» Герасимова Сергея Александровича, именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящее соглашение (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

I. Общие положения

1.1. Настоящее Тарифное соглашение разработано на основании:

- Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
- Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- Постановления Правительства РФ «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов».
- Постановления Администрации Смоленской области «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов».
- Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Министерства

здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Методические рекомендации).

• Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

1.2. Предметом Тарифного соглашения является установление:

- способов и порядка оплаты медицинской помощи, применяемых на территории Смоленской области;
- размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
- размеров 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.

1.3. Понятия и термины:

Тариф на оплату медицинской помощи в системе ОМС – денежная сумма, определяющая размер возмещения и состав компенсируемых расходов медицинским организациям за оказание медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС.

Случай госпитализации 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.

Клинико-статистическая группа заболеваний (далее также - 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 затратоемкости 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.

Коэффициент относительной затратноёмкости – установленный территориальной программой государственных гарантий 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 КСГ 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, оказывающей 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.

Высокотехнологичная медицинская помощь - часть специализированной медицинской помощи, которая включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Посещения с иными целями – посещения, связанные с профилактическими мероприятиями, в том числе посещения центров здоровья, посещения в связи с другими обстоятельствами (получением справки, других медицинских документов), посещения среднего медицинского персонала и разовые посещения в связи с заболеваниями, в том числе при заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстей, за исключением зубного протезирования, а также посещения центров амбулаторной онкологической помощи.

Посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме – посещения по поводу оказания медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

Обращение по поводу заболевания – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух 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.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц – ежемесячная сумма финансовых средств в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепленное к медицинской организации, на медицинское обслуживание для получения первичной медико-санитарной помощи.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи – ежемесячная сумма финансовых средств на одно застрахованное лицо, обслуживаемое медицинской организацией при оказании скорой медицинской помощи.

Комплексное посещение на проведение диспансерного наблюдения – обследование отдельных категорий граждан, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики.

Комплексное посещение к врачу-травматологу травматологического пункта – оказание медицинской помощи врачом-травматологом с использованием диагностического оборудования и (или) иных манипуляций.

Комплексное посещение на проведение медицинской реабилитации в амбулаторно-поликлинических условиях – комплекс мероприятий, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций.

Комплексное посещение на оказание медицинской помощи в Центре здоровья – проведение врачом комплексного обследования с последующей записью в карте центра здоровья, карте здорового образа жизни и оформлением талона амбулаторного пациента.

Медико-экономический контроль – установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам, на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов, условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, Территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

Медико-экономическая экспертиза – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

Экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Телемедицинские технологии – лечебно-диагностические консультации, управленческие, образовательные, научные и просветительские мероприятия в области здравоохранения, реализуемые с применением телекоммуникационных

технологий («медицина на расстоянии»).

II. Способы оплаты медицинской помощи

2.1. Способы оплаты медицинской помощи установлены в соответствии со статьей 35 Федерального закона 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов.

2.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

2.2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях осуществляется:

1) 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, на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

2) 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 обязательного медицинского страхования;

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 и компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

д) профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

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

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

2.2.2. Перечень медицинских организаций Смоленской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь представлен в Приложении 2.

2.2.3. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях осуществляется:

- по подушевому нормативу финансирования медицинским организациям, имеющим прикрепленное население, с учетом установленных 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.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включается финансовое обеспечение:

- медицинской помощи, оказываемой в центрах здоровья (комплексное посещение);

- медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме;

- медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения, в том числе стоматологическая медицинская помощь и медицинская помощь, оказываемая в женских консультациях;

- отдельных диагностических (лабораторных) исследований: проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью

диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;
- диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения (комплексное посещение);
- фельдшерско-акушерских пунктов;
- услуги диализа;
- комплексное посещение по профилю «медицинская реабилитация»;
- комплексное посещение к врачу-травматологу травматологического пункта;
- оказания отдельных медицинских услуг;
- медицинской помощи в рамках школ сахарного диабета (комплексное посещение);
- консультация врача специалиста.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает посещение с иной целью, обращение (законченный случай), расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, тестирование на наличие респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов), посещение кабинета медико-психологического консультирования.

2.2.4. Оплата стоматологической помощи осуществляется за отдельную стоматологическую услугу (УЕТ) (перечень стоматологических услуг представлен в Приложении 1 «Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ)»).

2.2.5. Оплата за медицинскую помощь, оказанную в Центрах здоровья, осуществляется за посещение (комплексное посещение).

Оплата повторного посещения в Центрах здоровья для динамического наблюдения осуществляется по тарифу за 1 посещение.

2.2.6. Посещение с иной целью (лечебно-диагностической, консультативной и др.) оплачивается по утвержденному тарифу за 1 посещение. При длительных случаях лечения (свыше 1 месяца) по специальности "травматология", оплата осуществляется за посещение.

2.2.7. Оплата неотложной медицинской помощи осуществляется за посещение.

2.2.8. Оплата за комплексное посещение осуществляется по утвержденным тарифам за:

- профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию, в том числе углубленную диспансеризацию;

- диспансерное наблюдение отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;
- медицинскую реабилитацию;
- комплексные посещения к врачу-травматологу травматологического пункта;
- комплексное посещение школы сахарного диабета.

2.2.9. Межучережденческие расчеты рекомендуется осуществлять в рамках договоров между медицинскими организациями.

При оплате медицинской помощи в рамках договоров между медицинскими организациями без участия страховой медицинской организации случай оказания медицинской помощи отражается в реестре счетов только одной медицинской организации. Оплата медицинской помощи в рамках договоров осуществляется, в том числе из средств, направленных страховой медицинской организацией в медицинскую организацию, отражающую указанный случай медицинской помощи в реестрах счетов.

2.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.

2.3.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, представлен в Приложении 4.

2.3.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) установлены следующие способы оплаты:

1) 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;

2) за прерванный случай госпитализации в случаях:

- прерывания лечения по медицинским показаниям;
- перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

- изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар;

- оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

- перевода пациента в другую медицинскую организацию;
- преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;
- смерти пациента;

- выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, по которым оплату медицинской помощи необходимо осуществлять с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа. Приложение 4.3.

2.3.3. Порядок оплаты отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ в круглосуточном стационаре представлен в Приложении 11.

2.4. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

2.4.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, представлен в Приложении 3.

2.4.2. Порядок оплаты случаев лечения в условиях дневного стационара.

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

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

2) за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях:

- прерывания лечения по медицинским показаниям;
- перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

- изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар;

- оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

- перевода пациента в другую медицинскую организацию;
- преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;

- смерти пациента;
- выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, согласно Приложению 5 к Программе (Приложение 3.2);

- за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-

статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

Законченный случай включает все дни лечения, в том числе праздничные и выходные дни, от даты поступления в дневной стационар до даты выписки.

При переводе пациента из круглосуточного стационара в дневной стационар, дата выписки может соответствовать дате поступления.

В период лечения в дневном стационаре (всех типов) застрахованный имеет право на получение амбулаторно-поликлинической помощи не по основному заболеванию с оплатой из средств обязательного медицинского страхования.

2.4.3. Порядок оплаты отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ в дневном стационаре представлен в Приложении 11.

2.5. Оплата скорой медицинской помощи вне медицинской организации

2.5.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, представлен в Приложении 5.

2.5.2. 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:

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

2.5.3. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, в том числе с применением тромболитика, за исключением оказания скорой специализированной медицинской помощи выездными экстренными консультативными бригадами.

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1. Структура тарифов на оплату медицинской помощи определяется в соответствии п. 7 ст.35 Федерального Закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения РФ от 28.02.2019 № 108н и Постановления Правительства РФ и включает следующие виды расходов: 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 100 тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 миллиона рублей при отсутствии у медицинской организации, не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования. Средства, полученные медицинской организацией за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами Смоленской области, используются на все виды расходов, включенные в состав тарифа.

Нецелевым использованием средств ОМС является направление медицинской организацией средств ОМС на цели, полностью или частично не соответствующие целям, установленным настоящим Тарифным соглашением, в том числе:

- на возмещение расходов по видам медицинской помощи, не включенным в Территориальную программу ОМС;
- на возмещение расходов по медицинской помощи, не предусмотренной лицензией медицинской организации;
- на возмещение расходов, не включенных в состав тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС;
- расходование средств ОМС при отсутствии подтверждающих документов;
- оплата собственных обязательств, не связанных с деятельностью по ОМС.

3.2. Размер тарифов рассчитан в соответствии с Методическими рекомендациями, и установлен в пределах объема финансовых средств на реализацию Территориальной программы обязательного медицинского страхования, утвержденных областным законом о бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Смоленской области на текущий год и может корректироваться с учетом изменения финансового обеспечения Территориальной программы ОМС.

3.3. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливаются:

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи,

оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, утвержден в Приложении 2.6.

3.3.2. Размер базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц утвержден в Приложении 2.6.

3.3.3. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях: медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, утверждены в Приложениях 1.1; 2.7; 2.8.

Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, диспансерному наблюдению, медицинской реабилитации, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, приведены в Приложениях 2.7, 9; 9.1; 10; 10.1; 10.2, 10.3.

3.3.4. Коэффициенты дифференциации для каждой половозрастной группы застрахованных лиц для расчета дифференцированного подушевого норматива финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи приведены в Приложении 2.5.

3.3.5. Перечень медицинских организаций с учетом наличия у них подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, коэффициент дифференциации приведен в Приложении 2.3.

3.3.6. Коэффициенты дифференциации подушевых нормативов финансирования и размер дифференцированных подушевых нормативов финансирования, применяемые при финансировании амбулаторно-поликлинической помощи приведены в Приложении 2.6.

Размер коэффициента дифференциации Смоленской области, рассчитанный в соответствии с Постановлением Правительства РФ № 462 от 05.05.2012 г. равен 1.

Размер коэффициента достижения уровня целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения Смоленской области применяется равным 1.

3.3.7. Тарифы на исследования приведены в Приложении 2.4.

3.3.8. Тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий. Приложение 2.1.

3.3.9. Тариф на тестирование на наличие респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов) утвержден в Приложении 2.7.

3.3.10. Тариф на посещение кабинета медико-психологического

консультирования утвержден в Приложении 2.7.

3.3.11. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрировано в Минюсте России 27 июня 2012 г. № 24726) (далее – Приказ № 543н) составляет в среднем:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 101 до 900 жителей, – 1 230,5 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 901 до 1500 жителей, – 2 460,9 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1501 до 2000 жителей, – 2 907,1 тыс. рублей.

В случае если фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты не соответствуют требованиям, установленным Приказом № 543н, к размеру финансового обеспечения применяется понижающий коэффициент в зависимости от численности населения (Приложение 12).

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в разрезе медицинских организаций с учетом численности обслуживающего населения утвержден Приложением 2.2.

3.3.12. Порядок организационного и финансового взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях и скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц утвержден Приложением 12.

3.3.13. Классификатор медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказываемой амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) приведен в Приложении 1.

3.4. В части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, устанавливаются:

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой

обязательного медицинского страхования утвержден в Приложении 4.6.

3.4.2. Перечень КСГ, коэффициенты относительной затратоемкости, коэффициенты специфики и доля заработной платы и прочих расходов утверждены в Приложении 4.6.

3.4.3 Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (СС_{КСГ}) по КСГ (за исключением КСГ, в составе установлены доли заработной платы и прочих расходов) определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + БС \times КД^* \times КСЛП,$$

где:

БС базовая ставка, рублей;

КЗ_{КСГ} коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;

КС_{КСГ} коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах в случае, если указанный коэффициент определен для данной КСГ);

КУС_{МО} коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 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» (далее – Постановление № 462).

КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости – сумма применяемых КСЛП)

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов,

определяется по следующей формуле:

$$CC_{КСГ} = BC \times KZ_{КСГ} \times ((1 - D_{ЗП}) + D_{ЗП} \times KC_{КСГ} \times KUC_{МО} \times KD) + BC \times KD^* \times KСЛП,$$

где:

BC	размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;
$KZ_{КСГ}$	коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
$D_{ЗП}$	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением № 4.6, к которому применяется КД, КС и КУС);
$KC_{КСГ}$	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае, если указанный коэффициент определен для данной КСГ);
$KUC_{МО}$	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462;

КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

При отсутствии оснований применения КСЛП, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

3.4.4. Размер базовой ставки определяется исходя из следующих параметров объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (в условиях дневного стационара) и оплачиваемой по КСГ (ОС), общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ (Чсл), среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ (СПК) и и рассчитывается по формуле:

$$BC = \frac{ОС}{Ч_{сл} \times СПК \times КД}.$$

3.4.5. Размер базовой ставки утвержден в Приложении 4.6.

Размер коэффициента дифференциации составляет 1.

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ в стационарных условиях, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов утверждена Приложением 4.8.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления

высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях утверждены Приложением 6.

3.4.6. Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи для медицинских организаций и структурных подразделений медицинских организаций в условиях круглосуточного стационара приведены в Приложении 4.1.

3.4.7. Перечень КСГ круглосуточного стационара, по которым не применяется коэффициент уровня/подуровня медицинской организаций утвержден в Приложении 4.7.

3.4.8. Коэффициент сложности лечения пациента приведен в Приложении 7.1, порядок применения КСЛП – в Приложении 7.

3.4.9. Перечень КСГ круглосуточного стационара, к которым не применяется понижающий коэффициент специфики утвержден в Приложении 4.4.

3.4.10. Перечень КСГ круглосуточного стационара, к которым не применяется повышающий коэффициент специфики утвержден в Приложении 4.5.

3.4.11. Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию утвержден в Приложении 4.2.

3.5. В части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, устанавливаются:

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, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в Приложении 3.3.

3.5.2. Перечень КСГ, коэффициенты относительной затратоемкости, коэффициенты специфики приведены, сведения о структуре затрат, в части заработной платы и прочих расходов, при оплате законченного случая лечения в условиях дневного стационара в Приложении 3.3.

3.5.3. Размер средней стоимости законченного случая КСГ в условиях дневного стационара утвержден в Приложении 3.3.

3.5.4. Стоимость одного случая госпитализации по КСГ в условиях дневного стационара приведены в Приложении 3.4.

3.5.5. Размер коэффициент дифференциации составляет 1.

Коэффициент уровня в условиях дневного стационара равен 1.

3.5.6. Базовые тарифы на оплату гемодиализа и перитониального диализа, коэффициенты относительной затратоемкости и стоимость услуг диализа утверждены Приложением 3.5.

3.5.7. Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию утверждены Приложением 3.1.

3.6. В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, устанавливаются:

3.6.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования составляет утвержден в Приложении 5.2.

3.6.2. Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в год на одно застрахованное лицо утвержден в Приложении 5.2.

3.6.3. В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации:

Размер средней стоимости одного вызова утвержден в Приложении 5.1.

3.6.4. Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов утверждены в Приложении 5.1. Тариф на оплату оказания скорой специализированной медицинской помощи выездными экстренными консультативными бригадами утвержден в Приложении 5.4.

3.6.5. Коэффициент дифференциации для каждой половозрастной группы застрахованных лиц для расчета дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи приведены в Приложении 5.3.

3.6.6. Коэффициенты дифференциации подушевых нормативов финансирования и размер дифференцированных подушевых нормативов финансирования, применяемые при финансировании скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации приведены в Приложении 5.2.

Размер коэффициента дифференциации Смоленской области, рассчитанный в соответствии с Постановлением Правительства РФ № 462 от 05.05.2012 г. равен 1.

Размер коэффициента достижения уровня целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения Смоленской области применяется равным 1.

Размер коэффициента уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей), равен 1.

3.6.7. Порядок организационного и финансового взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях и скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц утвержден Приложением 12.

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

4.1. Перечень и размер неоплаты или неполной оплаты медицинскими организациями штрафа за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества утвержден Приложением 8.

4.2. Устанавливать размеры подушевых нормативов финансирования, используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи:

1) в амбулаторных условиях – установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам в амбулаторных условиях в размере 6 963,32 руб.;

2) при оплате скорой медицинской помощи вне медицинской организации – установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для скорой медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам, в размере 1 060,62 руб.;

3) в стационарных условиях, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам в размере 7 363,11 руб.;

4) в условиях дневного стационара, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам в размере 1 882,47 руб.

V. Заключительные положения

5.1. Тарифное соглашение действует на территории Смоленской области с 01.01.2024 года по 31.12.2024 года.

5.2. Внесение изменений и дополнений к Тарифному соглашению осуществляется решениями Комиссии по разработке территориальной программы ОМС Смоленской области.

5.3. Все приложения к настоящему соглашению являются его неотъемлемой частью.

Первый заместитель министра
Департамента
Смоленской области по
здравоохранению



Стунжас О.С.

Директор Территориального
фонда обязательного
медицинского страхования



Никонов К. В.

Главный врач ОГБУЗ «Детская
клиническая больница»



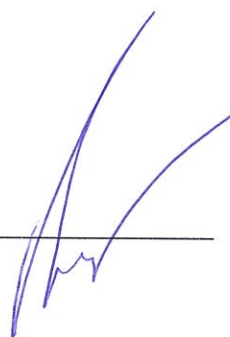
Демина Е.Г.

Главный врач ОГБУЗ
«Смоленский онкологический
клинический диспансер», член
Смоленской областной
организации Профессионального
союза работников
здравоохранения РФ



Эфрон А.Г.

Главный врач ОГБУЗ
«Смоленская областная
клиническая психиатрическая
больница», член региональной
общественной организации
«Врачебная палата»



Герасимов С.А.

Директор филиала общества с
ограниченной ответственностью
«Капитал Медицинское
Страхование» в Смоленской
области



Бердникова Л.В.

