

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
по реализации территориальной программы обязательного
медицинского страхования Тверской области на 2024 год
и на плановый период 2025 и 2026 годов

г. Тверь

«29» января 2024г.

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Министерство здравоохранения Тверской области (далее - Министерство), в лице исполняющего обязанности Министра здравоохранения Тверской области Абрамовой Ксении Александровны,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Тверской области (далее - Фонд), в лице директора Гуляевой Натальи Михайловны,

Страховые медицинские организации, работающие в сфере ОМС Тверской области (далее - СМО), в лице директора Тверского филиала ООО «АльфаСтрахование-ОМС» Каргиновой Жанны Александровны,

Тверская областная организация профсоюзов работников здравоохранения РФ, в лице председателя Грека Вячеслава Анатольевича,

Региональная общественная организация «Врачебная палата Тверской области», в лице представителя Максимовой Натальи Евгеньевны,
на основании:

– Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ);

– Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ);

– Постановление Правительства РФ от 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» (далее – Программа);

– Постановления Правительства Тверской области от 29.12.2023 № 665-пп «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Тверской области медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов»; (далее – Территориальная программа ОМС);

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

– Приказа Минздрава России от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» (зарегистрирован в Минюсте России 13.05.2021 № 63410);

– Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

– Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования на текущий финансовый год (далее - Федеральная методика),

заключили настоящее Тарифное соглашение по реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Тверской области на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов (далее также – Тарифное соглашение, Соглашение) о нижеследующем:

1. Предметом Тарифного соглашения является согласованные сторонами позиции по оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Тверской области (далее - медицинские организации), в рамках реализации Территориальной программы ОМС, тарифы на оплату медицинской помощи, их структура и порядок оплаты (*Приложение № 1*), 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.

2. Целями Тарифного соглашения являются:

– создание условий для обеспечения равнодоступности застрахованным по ОМС лицам в получении бесплатной и качественной медицинской помощи по Программе ОМС в соответствии с утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти: положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

– обеспечение финансовой устойчивости сферы ОМС Тверской области;

– обеспечение целевого и эффективного использования средств ОМС.

3. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи и финансового обеспечения медицинской помощи, установленных решением Комиссии, по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком, установленным Правилами на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

4. При реализации Территориальной программы ОМС в 2024 году применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС в Российской Федерации.

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

4.1.1. 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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

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

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

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

4.1.2.3. 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;

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

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

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

4.1.2.7. медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

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

4.2.1. 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;

4.2.2. 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, приведенных в приложении № 7 Программы, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

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

4.3.1. 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);

4.3.2. 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, предусмотренных приложением № 7 к Программе, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинко-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

4.4. 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):

4.4.1. по подушевому нормативу финансирования;

4.4.2. за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

5. Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Тверской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты медицинской помощи. (Приложение № 2)

III. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

6. Размер, порядок расчета и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяется в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XII Правил ОМС.

7. В расчет тарифов включены затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

8. Коэффициент дифференциации по постановлению Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 для Тверской области – 1,0.

9. Структура тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частями 7 и 8 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ 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, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до четырехсот 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.

10. В соответствии с Программой нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи и средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи приведены без учета районных коэффициентов и других особенностей субъектов Российской Федерации, в которых расположены медицинские организации, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь, и 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), 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.

11. Оплата медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

11.1. Половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения:

0 - 12 мес.		1-4 лет		5-17 лет		18 - 64 лет		65 лет и старше	
жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж
3,280	3,465	2,882	2,962	1,633	1,664	0,802	0,524	1,600	1,600

11.2. Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население за исключением перечня видов медицинской помощи, указанных в пункте 11.3:

– первичная доврачебная, в том числе в неотложной форме, за исключением медицинской помощи, оказанной средним медицинским персоналом в фельдшерских здравпунктах, фельдшерско-акушерских пунктах;

– первичная врачебная медико-санитарная помощь, в том числе в неотложной форме,

- первичная специализированная медико-санитарная помощь, в том числе в неотложной форме, за исключением медицинской помощи по профилям «стоматология», «онкология»;

- медицинская помощь с применением телемедицинских технологий,

- консультирование медицинским психологом по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования: пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период,

- лабораторные и диагностические исследования за исключением отдельных диагностических (лабораторных) исследований, указанных в пункте 11.3.

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

- медицинская помощь, оказанная в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц);

- медицинская помощь по профилям «стоматология», «онкология»;

- услуги диализа;

- медицинская помощь, оказанная мобильными бригадами в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Тверской области;

- отдельные диагностические (лабораторные) исследования: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, ультразвуковое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала, тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией, ультразвуковое исследование беременных женщин, в том числе скрининговое;

- профилактические медицинские осмотры;

- диспансеризация (I и II этап), в том числе углубленная диспансеризация (I и II этап), диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

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

- медицинская помощь по профилю «медицинская реабилитация» (комплексное посещение);

- медицинская помощь, оказанная в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах.
- медицинская помощь, оказанная застрахованным за пределами Тверской области лицам.

11.4. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС составляет в год 6 939,8 рублей.

11.5. Размеры базовых подушевых нормативов финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования составляет в месяц –183,03 рублей (с 01.01.2024-31.12.2024).

11.6. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, с учетом установленных коэффициентов (*Приложение № 3*), установленных с учетом следующих коэффициентов дифференциации:

- коэффициенты 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 (КД_{от}):

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, не менее 1,113;

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, – не менее 1,04.

- коэффициенты половозрастного состава (КД_{пв});

- коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (КД_{ур});

- коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации (КД_{зп}).

11.7. Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям за достижение целевых значений показателей результативности деятельности, составляет 1% от средств, предусмотренных на подушевой норматив финансирования для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население на январь - декабрь 2024 года.

11.7.1. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, целевые значения, критерии оценки и порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим

прикрепившихся лиц, за достижение соответствующих показателей устанавливается *Приложением № 1*».

11.8. Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, составляет:

– фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей, в год – 474,8 тыс. рублей, в месяц – 39,6 тыс.рублей (модуль 0) (применяется понижающий коэффициент уровня – 0,38586 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей);

– фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 101 до 900 жителей, в год – 1 230,5 тыс. рублей, в месяц – 102,5 тыс.рублей (модуль 1);

– фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 901 до 1500 жителей, в год – 2 460,9 тыс. рублей, в месяц – 205,1 тыс.рублей (модуль 2);

– фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1501 до 2000 жителей, в год – 2 907,1 тыс. рублей, в месяц – 242,3 тыс.рублей (модуль 3).

11.8.1. В случае неполной укомплектованности штатной численности средним медицинским персоналом (Ук_{ФАП/ФП}), применяются коэффициенты специфики оказания медицинской помощи (КС_{БНФ}):

Численность обслуживаемого населения	Коэффициент специфики оказания мед.помощи и норматив фин.затрат в месяц (тыс.руб.)					
	Ук _{ФАП/ФП} 0,75		Ук _{ФАП/Ф} 0,5		Ук _{ФАП/} 0,25	
	КС _{БНФ}	норматив	КС _{БНФ}	норматив	КС _{БНФ}	норматив
модуль 0 до 100 жит.	0,8062	31,9	0,6123	24,2	0,4183	16,6
модуль 1 101-900 жит.	0,8816	90,4	0,7632	78,3	0,6449	66,1
модуль 2 901-1500 жит.	0,8816	180,8	0,7632	156,5	0,6448	132,2
модуль 3 1501-2000 жит.	0,8747	211,9	0,7494	181,5	0,6242	151,2

11.8.2. В случае оснащённости фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов не в полном соответствии с Приказом Минздрава России от 15.05.2012г. № 543н применяется понижающий коэффициент в размере 0,9.

11.8.3. При оказании медицинской помощи фельдшерскими здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами женщинам репродуктивного возраста, но при отсутствии в указанных пунктах акушеров полномочия по работе с такими женщинами осуществляются фельдшером

или медицинской сестрой (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, аборт и инфекций, передаваемых половым путем), размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов устанавливается с применением отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения (значения приведены в Приложении № 4).

11.8.4. Перечень фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов дифференцированных по численности обслуживаемого населения с соответствующим размером финансового обеспечения (Приложение № 4).

11.9. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай)), оказываемые в амбулаторных условиях (Приложение № 5).

11.10. Тарифы на отдельные диагностические (лабораторные) исследования, в том числе в соответствии с нормативами, установленными Программой (Приложение № 6).

11.11. Тарифы на лабораторные услуги, оказываемые в рамках централизованных лабораторий и медицинские услуги для проведения межучрежденческих расчетов в рамках реализации приказов МЗТО. (Приложение № 7).

11.12. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения (Приложение № 8).

11.13. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по проведению диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью. (Приложение № 9).

11.14. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров взрослого населения (Приложение № 10).

11.15. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (Приложение № 11).

11.16. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по проведению углубленной диспансеризации. *(Приложение № 12).*

11.17. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по проведению диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин. *(Приложение № 13)*

11.18. Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) *(Приложение № 14).*

11.19. Тарифы на оплату услуг диализа *(Приложение № 15).*

12. Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара:

12.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС составляет в год - 7 042,8 рублей (с 01.01.2024-31.12.2024).

12.2. 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 с указанием коэффициентов относительной затратноемкости *(Приложение № 16);*

12.3. Размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) круглосуточного стационара – 28 003,89 рубля (65% от норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации, установленного территориальной Программой ОМС - 43 082,9 рубля).

12.4. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

12.4.1. Коэффициенты уровней и подуровней оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара *(Приложение № 17).*

12.4.1.1. к первому уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа);

12.4.1.2. ко второму уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских

организаций, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), расположенные на территории закрытых административных территориальных образований, а также специализированные больницы, центры, диспансеры;

12.4.1.3. к третьему уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

12.4.2. Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара. (*Приложение № 18*);

12.4.3. Коэффициент сложности лечения пациента в условиях круглосуточного и дневного стационаров (*Приложение № 19*)

12.4.4. Приложение № 26 «Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации от 07.05.2012 №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» в условиях круглосуточного и дневного стационаров» (*Приложение № 20*).

12.5. Оплата за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, в том числе клинико-статистические группы заболеваний (КСГ) и отнесение случая заболевания к соответствующей КСГ производится в соответствии с Федеральной методикой.

12.6. За счет средств ОМС в рамках Территориальная программа ОМС осуществляется финансовое обеспечение проведения патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в указанных медицинских организациях.

12.7. Оплата прерванных случаев лечения в условиях круглосуточного стационара.

12.7.1. В соответствии с Программой к прерванным случаям относятся:

12.7.1.1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

12.7.1.2. случаи лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

12.7.1.3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из круглосуточного стационара в дневной стационар);

12.7.1.4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;

12.7.1.5. случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;

12.7.1.6. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);

12.7.1.7. случаи 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;

12.7.1.8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1–7 данного подраздела) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным Приложением 1, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

12.7.1.9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и Приложением № 16.

12.7.2. Оплата прерванного случая лечения осуществляется в следующем порядке:

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 85% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 95% от стоимости КСГ.

12.7.2.2. в случае если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 40% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости КСГ, для КСГ st12.015 - st12.017, st12.019 – 70% от стоимости КСГ; для КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007 – 50% от стоимости КСГ.

12.8. Доля заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ определена Программой и приведена в Приложении № 16.

12.9. Тарифы на оплату услуг диализа (*Приложение № 15*).

12.10. Перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации определен Федеральной методикой и приведен в Приложении № 1.

12.11. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно определен Федеральной методикой и приведен в Приложении № 1.

12.12. Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, определен Федеральной методикой и приведен в Приложении № 1.

12.13. Нормативы финансовых затрат (тарифы) на единицу объема медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках Программы ОМС, в том числе доля заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи согласно Программе (*Приложение № 21*).

13. Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара:

13.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС составляет в года:

– 1 796,2 рублей (с 01.01.2024-31.12.2024).

13.2. 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 условиях дневного стационара с указанием коэффициентов относительной затратноёмкости (*Приложение № 22*);

13.3. Размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) дневного стационара – 16 025,94 рубля, (60% от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения, установленного территориальной Программой ОМС – 26 709,9 рубля).

13.4. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

13.4.1. Коэффициенты уровней и подуровней оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара (*Приложение № 23*).

13.4.2. Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара (*Приложение № 24*);

13.4.3. Коэффициент сложности лечения пациента в условиях круглосуточного и дневного стационаров. (*Приложение № 19*);

13.5. Оплата за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, в том числе клинико-статистические группы заболеваний (КСГ) и отнесение случая заболевания к соответствующей КСГ, производится в соответствии с Федеральной методикой.

13.6. Оплата прерванных случаев лечения в условиях дневного стационара.

13.6.1. В соответствии с Программой к прерванным случаям относятся:

13.6.1.1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

13.6.1.2. случаи лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

13.6.1.3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из дневного стационара в круглосуточный стационар);

13.6.1.4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;

13.6.1.5. случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;

13.6.1.6. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);

13.6.1.7. случаи 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;

13.6.1.8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1–7 данного подраздела) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным Приложением 1.

13.6.1.9. случаев лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.016-ds12.021 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и Приложением № 22.

13.6.2. Перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний) дневного стационара, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно установлен Программой и приведен в Приложении № 1.

13.6.3. Оплата прерванного случая лечения осуществляется в следующем порядке:

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости КСГ.

13.6.3.2. в случае если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ.

13.7. Доля заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ определена Программой и приведена в Приложении № 22.

13.8. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно определен Федеральной методикой и приведен в Приложении № 1.

13.9. Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, определен Федеральной методикой и приведен в Приложении № 1.

13.10. Нормативы финансовых затрат (тарифы) на единицу объема медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках Программы ОМС, в том числе доля заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи согласно Программе (Приложение № 21).

14. Оплата скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации:

14.1. Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования:

скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации для медицинских организаций, имеющих прикрепленное обслуживаемое население.

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

- скорая специализированная помощь вне медицинской организации для осуществления медицинской эвакуации наземным транспортом на территории Тверской области для медицинских организаций, не имеющих прикрепленное обслуживаемое население;

- скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь, оказанная застрахованным за пределами Тверской области лицам.

14.3. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, составляет в год – 1 026,7 рублей.

14.4. Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования составляет в месяц – 84,97 рубля (с 01.01.2024-31.12.2024).

14.5. Половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения:

0 - 12 мес.		1-4 лет		5-17 лет		18 - 59 лет (муж) 18 - 54 лет (жен)		60 лет и старше (муж) 55 лет и старше (жен)	
жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж
2,378	2,626	1,530	1,637	0,568	0,588	0,654	0,623	1,763	1,541

14.6. Размер дифференцированного подушевого норматива финансирования для оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации с учетом установленных коэффициентов (Приложение № 25) рассчитывается с учетом следующих коэффициентов:

- коэффициент половозрастного состава ($K_{ДПВ}$);
- коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации) ($K_{Дур}$) равен 1;
- коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации ($K_{Дзп}$) равен 1;
- коэффициент дифференциации ($K_{Д}$) равен 1.

14.7. Тариф на оплату единицы объема медицинской помощи (вызов) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации (*Приложение № 26*), проведенной врачебной общепрофильной бригадой, фельдшерской бригадой или специализированной бригадой.

IV. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

15. Применение финансовых санкций страховыми медицинскими организациями (и (или) Фондом) к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи производится в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и Порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества рассчитывается в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н. Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (*Приложение № 27*).

16. Размеры подушевых нормативов финансирования, установленные на год, используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи (за исключением кода нарушения/дефекта 2.16.1, для которого подушевой норматив финансирования медицинской помощи - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи) определяются исходя из установленных подушевых нормативов в разрезе условий оказания медицинской помощи, утвержденных Территориальной программой ОМС на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

17. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2024 года и действует до 31 декабря 2024 года включительно, и применяется при расчетах за случаи оказания медицинской помощи, завершённые в январе 2023 года, в том числе начатые ранее.

18. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению всех Сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с момента их подписания.

19. Настоящее Тарифное соглашение является обязательным для исполнения всеми участниками системы ОМС Тверской области.

20. Неотъемлемой частью Тарифного соглашения являются:

20.1. Приложение № 1 «Порядок оплаты медицинской помощи»;

20.2. Приложение № 2 «Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Тверской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты медицинской помощи»;

20.3. Приложение № 3 «Дифференцированный подушевой норматив финансирования для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, с учетом установленных коэффициентов»;

20.4. Приложение № 4 «Перечень фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов дифференцированных по численности обслуживаемого населения с соответствующим размером финансового обеспечения»;

20.5. Приложение № 5 «Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай)), оказываемые в амбулаторных условиях»;

20.6. Приложение № 6 «Тарифы на отдельные диагностические (лабораторные) исследования, в том числе в соответствии с нормативами, установленными Программой»;

20.7. Приложение № 7 «Тарифы на лабораторные услуги, оказываемые в рамках централизованных лабораторий и медицинские услуги для проведения межучрежденческих расчетов в рамках реализации приказов МЗТО»;

20.8. Приложение № 8 «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

20.9. Приложение № 9 «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по проведению диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без

попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью»;

20.10. Приложение № 10 «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров взрослого населения»;

20.11. Приложение № 11 «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»;

20.12. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по проведению углубленной диспансеризации.

20.13. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по проведению диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин. (Приложение № 13)

20.14. Приложение № 14 «Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ)»;

20.15. Приложение № 15 «Тарифы на оплату услуг диализа»;

20.16. Приложение № 16 «Перечень групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ при которых оказывается специализированная медицинская помощь в стационарных условиях с указанием коэффициентов относительной затратноемкости»;

20.17. Приложение № 17 «Коэффициенты уровней и подуровней оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара»;

20.18. Приложение № 18 «Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара»;

20.19. Приложение № 19 «Коэффициент сложности лечения пациента в условиях круглосуточного и дневного стационаров»;

20.20. Приложение № 20 «Коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» в условиях круглосуточного и дневного стационаров»;

20.21. Приложение № 21 «Нормативы финансовых затрат (тарифы) на единицу объема медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках Программы ОМС»;

20.22. Приложение № 22 «Перечень групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ при которых оказывается медицинская помощь в условиях дневного стационара с указанием коэффициентов относительной затратноемкости»;

20.23. Приложение № 23 «Коэффициенты уровней и подуровней оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара»;

20.24. Приложение № 24 «Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара»;

20.25. Приложение № 25 «Дифференцированный подушевой норматив финансирования для оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации с учетом установленных коэффициентов»;

20.26. Приложение № 26 «Тариф на оплату единицы объема медицинской помощи (вызов) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации»;

20.27. Приложение № 27 «Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества».


Исполняющий обязанности
Министра здравоохранения
Тверской области




К.А.Абрамова

Директор ТФОМС
Тверской области




Н.М.Гуляева

Директор Тверского филиала
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»




Ж.А. Каргинова

Председатель Тверской областной
организации профсоюзов работников
здравоохранения РФ




В.А.Грек

Представитель региональной
общественной организации
«Врачебная палата Тверской области»



Н.Е.Максимова