

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**  
**по реализации территориальной программы обязательного**  
**медицинского страхования Тверской области на 2021 год**  
**и на плановый период 2022 и 2023 годов**

г. Тверь

«15» января 2021г.

Министерство здравоохранения Тверской области (далее - Министерство), в лице заместителя Министра здравоохранения Тверской области Седова Константина Владимировича,

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, заключили настоящее Тарифное соглашение по реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Тверской области на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов (далее также – Тарифное соглашение, Соглашение) о нижеследующем:

## **I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.**

1. Тарифное соглашение разработано в соответствии с:

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

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

3) Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» (далее – Программа);

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

5) Приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее – Номенклатура);

6) Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (зарегистрирован в Минюсте России 18.06.2019 № 54950);

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

8) Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленные совместным письмом от 30.12.2020 Министерства здравоохранения Российской Федерации (№ 11-7/И/2-20691) и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (№ 00-10-26-2-04/1151) (далее - Федеральная методика),

и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Тверской области.

2. 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 обязательного медицинского страхования Тверской области (далее – Программа ОМС), тарифы на оплату медицинской помощи, их структуру 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.

3. В настоящем Тарифном соглашении применяются основные понятия и определения:

3.1. Случай госпитализации – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

3.2. Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ) – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов);

3.3. Клинико-профильная группа (КПГ) – группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи;

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

3.5. Базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных настоящими рекомендациями (средняя стоимость законченного случая лечения);

3.6. Коэффициент относительной затратно-емкости – устанавливаемый настоящими рекомендациями коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

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

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

3.9. 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;

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

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

3.12. Подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний – группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом классификационных

критериев, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по клинико-статистической группе;

3.13. Оплата медицинской помощи за услугу – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных настоящими рекомендациями.

4. 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 порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов оказания медицинской помощи;

- обеспечение финансовой устойчивости сферы ОМС Тверской области;
- обеспечение целевого и эффективного использования средств ОМС.

5. 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.

## **II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.**

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

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

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

помощь, оказываемую в иных медицинских организациях за единицу объема медицинской помощи);

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

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

- по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации – при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими, фельдшерско-акушерскими пунктами.

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

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

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

- за медицинскую услугу - при оплате услуг диализа.

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

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

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

6.4. при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

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

7. Способы оплаты медицинской помощи, используемые при оплате медицинской помощи, оказываемой каждой медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Тверской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи. (Приложение № 2)

### **III. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.**

8. Размер 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.

9. 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).

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

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

12. В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и плановый период 2022 и 2023 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 № 2299, нормативы финансовых затрат (тарифы) на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи 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.

13. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцированно с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций. (*Приложение № 2*):

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

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

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

#### **14. Оплата медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:**

14.1. Перечень расходов на медицинскую помощь финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу.

14.1.1. В подушевой норматив финансирования включаются расходы на оплату первичной доврачебной, врачебной медико-санитарной помощи, организованной по территориально-участковому принципу, первичной специализированной медико-санитарной помощи, а также расходы на проведение профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, на содержание травматологических пунктов, службы дошкольно-школьных отделений (ДШО), проведение диспансерного наблюдения больных с хроническими заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития, расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, расходы на лабораторно-диагностические исследования, физиотерапевтические процедуры, (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной



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

14.1.2. В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц **не включаются** расходы на оплату медицинской помощи:

- оказанной в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), не имеющие прикрепившихся лиц;

- оказанной в неотложной форме, за исключением медицинской помощи, оказанной в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах;

- стоматологической;

- оказанной в центрах здоровья;

- услуги диализа;

- по профилю «акушерство-гинекология», оказываемой врачами акушерами-гинекологами, акушерками, за исключением медицинской помощи, оказанной в фельдшерско-акушерских пунктах;

- для мобильных бригад в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Тверской области;

- диагностические (лабораторные) исследования: 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

а также расходы на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

14.2. Размер среднего подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации 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 обязательного медицинского страхования – 4 646,07 рубля в год, в месяц – 387,17;

14.3. Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключающего влияние применяемых коэффициентов:

- специфики,

- уровня оказания медицинской помощи (включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации),

- 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,

а также стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, в том числе за вызов скорой медицинской помощи, медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности, устанавливается в размере – 0,3576868388.

14.4. Базовый подушевой норматив финансирования, который не учитывает расходы на финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации – 1 661,84 рубля в год.

14.5. Размер дифференцированного подушевого норматива финансирования для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с учетом установленных коэффициентов (Приложение № 3).

14.5.1. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской организации определяются с учетом:

– коэффициента специфики оказания медицинской помощи, учитывающего половозрастной состав обслуживаемого 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
4,005	4,214	2,746	2,813	2,007	2,007	0,728	0,544	1,6	1,6

и достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения (КС<sub>МО</sub>);

– коэффициента уровня оказания медицинской помощи, включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации) (КУ<sub>МО</sub>);

– коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала (КД<sub>от</sub>):

– для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, не менее 1,13,

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

14.6. Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, составляет 3%.

14.6.1. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций и целевые значения:

п/п	Показатели	Единица измерения	Целевые значения	Период оценки	Размер
1	Доля посещений с профилактической целью от общего количества посещений	%	30	ежемесячно	2
.2	Удельный вес повторных инфарктов	%	0	ежемесячно	1

14.6.2. Критерии оценки показателей результативности и порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за достижение соответствующих показателей устанавливается *Приложением № 1*.

14.7. Размер базового норматива финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, составляет:

– фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, в год – 1 010,7 тыс. рублей, в месяц -84,2 тыс.рублей (модуль 1);

– фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, в год – 1 601,2 тыс. рублей, в месяц – 133,4 тыс.рублей (модуль 2);

– фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, в год – 1 798,0 тыс. рублей, в месяц 149,8 тыс.рублей (модуль 3).

В случае не полной укомплектованности штатной численности средним медицинским персоналом ( $У_{к\text{ФАП/ФП}}$ ), применяются коэффициенты специфики оказания медицинской помощи ( $К_{С\text{БНФ}}$ ):

Численность обслуживаемого населения	Коэффициент специфики оказания мед.помощи и норматив фин.затрат в месяц (тыс.руб).					
	$У_{к\text{ФАП/ФП}} - 0,75$		$У_{к\text{ФАП/ФП}} - 0,5$		$У_{к\text{ФАП/ФП}} - 0,25$	
	$К_{С\text{БНФ}}$	норматив	$К_{С\text{БНФ}}$	норматив.	$К_{С\text{БНФ}}$	норматив
модуль 1 100-900 жит.	0,8972	75,6	0,7944	66,9	0,6916	58,3
модуль 2 900-1500 жит.	0,8702	116,1	0,7404	98,8	0,6107	81,5
модуль 3 1500-2000 жит.	0,8556	128,2	0,7111	106,6	0,5666	84,9

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

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

14.9. Тарифы на услуги диализа (*Приложение № 6*).

14.10. Тарифы на отдельные диагностические (лабораторные) исследования, в соответствии с нормативами, установленными Программой, и лабораторные услуги, оказываемые в рамках централизованных лабораторий. (*Приложение № 7*).

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

14.12. 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*).

14.13. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (*Приложение № 10*).

14.14. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров взрослого населения (*Приложение № 11*).

14.15. Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) (*Приложение № 12*).

## **15. Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара:**

15.1. Перечень групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ или КПГ при которых оказывается специализированная медицинская помощь в стационарных условиях с указанием коэффициентов относительной затратоемкости (*Приложение № 13*);

15.2. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленный Программой ОМС - 36 515,60 рублей.

15.3. Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке, исключая влияние применяемых коэффициентов относительной затратноёмкости и специфики оказания медицинской помощи, и коэффициента сложности лечения пациентов в размере – 0,65 от значения норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях, установленного Программой ОМС.

15.4. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПП (базовая ставка) круглосуточного стационара – 23 735,14 руб.

15.5. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ или КПП:

15.5.1. Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи круглосуточного стационара (*Приложение № 14*);

15.5.2. Коэффициенты уровней и подуровней оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара (*Приложение № 15*).

15.5.3. Коэффициент сложности лечения пациента в условиях круглосуточного стационара (*Приложение № 16*)

15.6. Оплата за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, в том числе клинко-статистические группы заболеваний (КСГ), клинко-профильные группы (КПП) и отнесение случая заболевания к соответствующей КСГ производится в соответствии с Федеральной методикой на основе групп, объединяющих заболевания, в том числе КСГ, КПП.

15.7. Оплата прерванных случаев лечения в условиях круглосуточного стационара. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа, а также случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальным сроком лечения.

15.7.1. Оплата прерванного случая лечения осуществляется в следующем порядке:

15.7.1.1. в случае если длительность лечения составила 3 дня и менее:

– если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями, отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ или КПП;

– если пациенту хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия, определяющие классификационными критериями отнесение случая к КСГ, не проводились, случай оплачивается в размере 30% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ или КПП (основным классификационным критерием отнесения к КСГ или КПП в данных случаях является диагноз МКБ 10).

15.7.1.2. в случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения составила более 3-х дней:

– если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями, отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 90% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ или КПП;

– если пациенту хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия, определяющие классификационными критериями отнесение случая к КСГ, не проводились, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ или КПП (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

15.7.1.3. Перечень КСГ круглосуточного стационара, являющиеся исключениями, оплата по которым осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, определен Федеральной методикой и приведен в Приложении № 1.

15.8. Перечень КСГ круглосуточно стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, определен Федеральной методикой и приведен в Приложении № 1.

15.9. Доля заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ или КПП определена Программой и приведена в Приложении № 1.

15.10. Нормативы финансовых затрат (тарифы) на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках Программы ОМС (*Приложение № 17*).

Доля заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи утверждена в Программе и приведена в Приложении №17.

**16. Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара:**

16.1. Перечень групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ или КПП при которых оказывается медицинская помощь в условиях дневного

стационара с указанием коэффициентов относительной затратно-емкости (Приложение № 18);

16.2. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленный Программой ОМС - 22 141,70 рублей.

16.3. Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке, исключая влияние применяемых коэффициентов относительной затратно-емкости и специфики оказания медицинской помощи, и коэффициента сложности лечения пациентов в размере – 0,60 от значения норматива финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневного стационара, установленного Программой ОМС.

16.4. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ, КПГ (базовая ставка) дневного стационара – 13 285,02 руб.

16.5. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ или КПГ:

16.5.1. Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи дневного стационара (Приложение № 19);

16.5.2. Коэффициенты уровней и подуровней оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара (Приложение № 20).

16.5.3. Коэффициент сложности лечения пациента в условиях дневного стационара (Приложение № 16)

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

16.7. Оплата прерванных случаев лечения в условиях дневного стационара.

16.7.1. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа, а также случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальным сроком лечения.

16.7.2. Оплата прерванного случая лечения осуществляется в следующем порядке:

16.7.2.1. в случае если длительность лечения составила 3 дня и менее:

– если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями, отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ или КПП;

– если пациенту хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия, определяющие классификационными критериями отнесение случая к КСГ, не проводились, случай оплачивается в размере 30% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ или КПП (основным классификационным критерием отнесения к КСГ или КПП в данных случаях является диагноз МКБ 10).

16.7.2.2. в случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения составила более 3-х дней:

– если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями, отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 90% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ или КПП;

– если пациенту хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия, определяющие классификационными критериями отнесение случая к КСГ, не проводились, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ или КПП (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

16.7.3. Перечень КСГ дневного стационара, являющиеся исключениями, оплата по которым осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее определен Инструкцией и приведен в Приложении № 1.

16.8. Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, определен Федеральной методикой и приведен в Приложении № 1.

16.9. Доля заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ или КПП определена Программой и приведена в Приложении № 1.

**17. Оплата скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации:**

17.1. Перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу.

17.1.1. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает расходы на



оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорую (специализированную) медицинскую помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

- расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии;
- расходов на оплату скорой специализированной помощи для осуществления медицинской эвакуации наземным транспортом на территории Тверской области.

17.2. Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организаций, участвующих в реализации 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 обязательного медицинского страхования -765,36 рубля в год, в месяц – 63,78 рубля;

17.3. Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключающего влияние применяемого коэффициента специфики, а также стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, в том числе за вызов скорой медицинской помощи, устанавливается в размере – 0,9659767952.

17.4. Размер базового подушевого норматива финансирования в расчете на одно застрахованное лицо составляет в год – 739,32 рублей, в месяц – 61,61 рубля.

17.5. Размер дифференцированного подушевого норматива финансирования для оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации с учетом установленных коэффициентов (*Приложение № 21*).

17.5.1. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской организации определяются с учетом коэффициента специфики оказания медицинской помощи, включающего:

- половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива КД<sub>ПВС</sub>:

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
1,678	1,870	1,082	1,166	0,439	0,455	0,689	0,631	1,892	1,614

– коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Тверской области (КД<sub>311</sub>).

17.6. Тариф вызова скорой медицинской помощи (*Приложение № 22*), проведенной врачебной общепрофильной бригадой, фельдшерской бригадой или специализированной бригадой.

#### **IV. 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.**

18. 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 организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом ФФОМС от 28.02.2019 № 36. (*Приложение № 23*).

#### **V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.**

19. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2021 года и действует до 31 декабря 2021 года включительно, и применяется при расчетах за случаи оказания медицинской помощи, завершённые в январе 2021 года, в том числе начатые ранее.

20. 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.

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

22. Неотъемлемой частью Тарифного соглашения являются:

- 22.1. Приложение № 1 «Порядок оплаты медицинской помощи»;
- 22.2. Приложение № 2 «Способы оплаты медицинской помощи в разрезе медицинских организаций по уровням и условиям оказания медицинской помощи»;
- 22.3. Приложение № 3 «Дифференцированный подушевой норматив финансирования для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, с учетом установленных коэффициентов»;
- 22.4. Приложение № 4 «Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов дифференцированных по численности обслуживаемого населения с соответствующим размером финансового обеспечения»;
- 22.5. Приложение № 5 «Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), оказываемые в амбулаторных условиях»;
- 22.6. Приложение № 6 «Тарифы на услуги диализа»;
- 22.7. Приложение № 7 «Тарифы на отдельные диагностические (лабораторные) исследования, в соответствии с нормативами, установленными Программой, и лабораторные услуги, оказываемые в рамках централизованных лабораторий»;
- 22.8. Приложение № 8 «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения»;
- 22.9. 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»;
- 22.10. Приложение № 10 «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»;
- 22.11. Приложение № 11 «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров взрослого населения»;
- 22.12. Приложение № 12 «Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ)»;
- 22.13. Приложение № 13 «Перечень групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ или КПГ при которых оказывается специализированная медицинская помощь в стационарных условиях с указанием коэффициентов относительной затратоемкости»;
- 22.14. Приложение № 14 «Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи круглосуточного стационара»;
- 22.15. Приложение № 15 «Коэффициенты уровней и подуровней оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара»;

22.16. Приложение № 16 «Коэффициент сложности лечения пациента в условиях круглосуточного стационара»;

22.17. Приложение № 17 «Нормативы финансовых затрат (тарифы) на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках Программы ОМС»;

22.18. Приложение № 18 «Перечень групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ или КПГ при которых оказывается медицинская помощь в условиях дневного стационара с указанием коэффициентов относительной затратноемкости»;

22.19. Приложение № 19 «Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи дневного стационара»;

22.20. Приложение № 20. «Коэффициенты уровней и подуровней оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара»;

22.21. Приложение № 21 «Дифференцированный подушевой норматив финансирования для оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации с учетом установленных коэффициентов»;

22.22. Приложение № 22 «Тариф вызова скорой медицинской помощи»;

22.23. Приложение № 23 «Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», утвержденного приказом ФФОМС от 28.02.2019 № 36».

Заместитель Министра здравоохранения  
Тверской области



К.В.Седов

Директор ФФОМС 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