

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому
страхованию на территории Тульской области

г. Тула

от 20.01.2021 г.

Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Тульской области в составе представителей:

от министерства здравоохранения Тульской области:

- | | |
|---|------------------|
| - министр здравоохранения Тульской области | - Эрк А.А. |
| - заместитель министра здравоохранения Тульской области | - Дубровина О.А. |

от территориального фонда обязательного медицинского страхования Тульской области:

- | | |
|--|---------------------|
| - директор территориального фонда обязательного медицинского страхования Тульской области | - Тулянкин Ю.В. |
| - заместитель директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Тульской области | - Красноперова Ю.С. |

от страховых медицинских организаций:

- | | |
|---|---------------|
| - директор филиала ООО "Капитал Медицинское Страхование" в Тульской области | - Ильина М.Л. |
|---|---------------|

от тульской областной медицинской ассоциации:

- | | |
|--|-----------------|
| - главный врач ГУЗ ТО "Тульская областная клиническая больница" | - Савищева А.А. |
| - главный врач ГУЗ "Родильный дом № 1 г. Тулы имени В.С.Гумилевской" | - Макарова Е.С. |

от тульской областной организации профессионального союза медицинских работников:

- | | |
|---|-------------------|
| - председатель тульской областной организации профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации | - Богомолова Т.Г. |
| - заместитель председателя тульской областной организации профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации | - Сотник О.Н. |

(далее - Комиссия) на основании части 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326 "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" заключили Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС) на территории Тульской области (далее - ТС).

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Тарифное соглашение разработано в соответствии с:

- Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ),
- Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации",
- 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),
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования",
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг",
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н "Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения",
- приказом Федерального фонда ОМС от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»,
- постановлением Правительства Тульской области от 30.12.2020 № 8545 "О территориальной Программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Тульской области медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов",
- Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленных совместным письмом от Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2020 № 11-7/И/2-20621 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 30.12.2020 № 00-10-26-2-04/11-51 (далее - Методические рекомендации),
- письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.12.2020 № 11-7/И/2-20700 "О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов" (далее - письмо Минздрава России).

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

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

Подушевой норматив - стоимостной показатель определенного объема медицинской помощи, гарантированной территориальной программой ОМС, в расчете на одного застрахованного.

"Прикрепившиеся лица" - это застрахованные в Тульской области граждане, обслуживаемые в конкретной медицинской организации по месту жительства (территориальному принципу), а также граждане, подавшие заявление на обслуживание в этой медицинской организации, но проживающие вне зоны обслуживания. Понятие вводится как учетная величина при финансировании амбулаторно-поликлинических учреждений на основе подушевого норматива финансирования и не ограничивает получение медицинской помощи гражданам в других медицинских организациях.

Законченный случай лечения - законченным следует считать случай оказания медицинской помощи, при котором цель обращения пациента в медицинскую организацию достигнута.

Срок лечения определяется следующим образом:

для поликлиники - от первого до последнего посещения в пределах обращения и/или посещения комплексного у одного специалиста;

для стационара - со дня поступления до дня выписки из стационара (день госпитализации - день выписки считается одним днем);

для дневного стационара - со дня поступления до окончания лечения, включая день выписки;

для скорой помощи — с момента вызова бригады скорой помощи до окончания оказания медицинской помощи.

Статистический учетный документ (талон амбулаторного пациента или карта выбывшего из стационара) закрывается той датой, которая соответствует последнему дню лечения (дню перевода в другую медицинскую организацию).

Комплексное профилактическое стоматологическое посещение— совокупность профилактических мероприятий, включающих профилактические осмотры и несколько процедур при профилактике кариеса в организованных группах детей 6-14 лет.

Скорая медицинская помощь (СМП)- оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Медико-экономический контроль (МЭК) - установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам

на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, территориальной программе ОМС, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

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

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

По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные статьей 41 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования.

Взаимные обязательства фонда, медицинских организаций и страховых медицинских организаций, следствием которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, предусматриваются заключенным между ними договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, устанавливаемыми правилами обязательного медицинского страхования.

2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ НА ТЕРРИТОРИИ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Способы оплаты медицинской помощи установлены Программой ОМС на 2021 год в рамках базовой программы ОМС, утвержденной в составе Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в соответствии со ст. 35 Федерального закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ), применительно к условиям оказания медицинской помощи, определенным ч.3, ст. 32 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

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 в субъекте Российской Федерации, в разрезе условий оказания медицинской помощи приведены в Приложении № 1 к настоящему ТС.

При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС (межтерриториальные расчеты) осуществляются в соответствии с тарифами, установленными настоящим ТС.

Межучрежденческие расчеты могут осуществляться через страховую медицинскую организацию (по тарифам для проведения межучрежденческих, в том числе межтерриториальных, расчетов, установленным настоящим ТС), а также в рамках гражданско-правовых договоров между медицинскими организациями без участия страховой медицинской организации (заключение гражданско-правовых договоров на общих основаниях, предусмотренных Гражданским кодексом).

При использовании модели оплаты межучрежденческих расчетов через страховую медицинскую организацию медицинскими организациями составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждую выполненную единицу объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай) с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. Страховые медицинские организации осуществляют оплату услуг на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации-инициатора оказания медицинской помощи в другой медицинской организации, уменьшается на объем средств, перечисленных медицинской организации, в которой были фактически выполнены отдельные медицинские вмешательства, исследования, за выполнение отдельных медицинских вмешательств, исследований по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

2.1. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установлены следующие **способы оплаты**:

— 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 в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включено в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи и целевые показатели охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами);

— 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, молекулярногенетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии);

— по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации.

Способ оплаты по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 г. № 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению".

2. Виды медицинских услуг, учитываемых при оказании амбулаторно-поликлинической помощи:

— комплексное посещение для проведения профилактического медицинского осмотра (ПМО) (включая 1-ое посещение в году для проведения диспансерного наблюдения);

— комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (ДВН1) взрослого населения;

— законченный случай (комплексное посещение) I этапа диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе пребывающих в стационарных учреждениях, детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью с учетом пола, возраста и проводимого объема исследований;

— законченный случай (комплексное посещение) профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних (ПМОН) с учетом пола и возраста и проводимого объема исследований;

— посещения с иными целями, включающие в себя:

- посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений),
- посещение для проведения второго этапа диспансеризации взрослого населения (ДВН2),
- разовое посещение в связи с заболеванием,
- посещение центра здоровья (включая посещения с динамическим наблюдением и посещения с комплексным обследованием);
- посещение медицинского работника, имеющего среднее медицинское образование, ведущего самостоятельный прием,
- посещение к врачу-онкологу (в ЦАОП, ПОК, МОК),
- посещение в связи с выдачей справок и иных медицинских документов и другими причинами,
- посещение среднего медицинского персонала ФАП/ФП;
- посещение среднего медицинского персонала;

— обращение по поводу заболевания;

— обращение по поводу заболевания к врачу-онкологу (в ЦАОП, ПОК, МОК);

— комплексное обращение по поводу заболевания к врачу-онкологу (в ЦАОП, ПОК, МОК, включая перечень установленных исследований)

— медицинские услуги по отдельным диагностическим (лабораторным) исследованиям: магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, ультразвуковое исследование сердечно - сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний, гистологические исследования с целью выявления онкологических заболеваний, тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) согласно Приложению № 3 к настоящему ТС;

— отдельные диагностические и бактериологические исследования в межмуниципальных диагностических центрах, диагностических центрах и централизованных лабораториях по видам медицинских услуг согласно Приложению № 3 к настоящему ТС;

— проведение медицинской услуги гемодиализа и перитонеального диализа;

— обращение по физической терапии опорно-двигательного аппарата (обращение по ФТОДА)

— посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме (врачебное и среднего медицинского персонала, в том числе на ФАП/ФП);

— стоматологические услуги (посещения и обращения к стоматологу, зубному врачу), выраженные в условных единицах труда (УЕТ);

— стоматологические услуги (посещения к стоматологу, зубному врачу), выраженные в условных единицах труда (УЕТ), для оплаты профилактического лечения детей (комплексное профилактическое стоматологическое посещение при профилактике кариеса в организованных группах детей 6-14 лет);

— посещения и обращения по поводу заболевания с применением мобильных медицинских комплексов.

3. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц осуществляется в соответствии положениями раздела II "Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи, в том числе на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц" Методических рекомендаций.

4. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования осуществляется СМО на основании акта сверки численности застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинской организации по состоянию на первое число расчетного месяца.

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

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, и критерии их оценки приведены в Приложении № 10 к настоящему ТС.

Настоящим ТС установлены тарифы на оплату всех видов профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, рассчитанные в соответствии с Методикой расчета

тарифов, применяемые при межучрежденческих расчетах, дифференцированные в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни и с использованием мобильных медицинских бригад. Установлены Приложением № 4 к настоящему ТС.

6. Расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий включены в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц.

7. Расходы на проведение диспансерного наблюдения в рамках первичной медико-санитарной помощи пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включены в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение.

8. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает расходы на оплату медицинской помощи организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой, в том числе первичную доврачебную, первичную врачебную и первичную специализированную медицинскую помощь, в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещениями с профилактической и иными целями, обращениями по поводу заболевания, а также расходы на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации.

9. В подушевой норматив не включаются:

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;
- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;
- расходы на оказание стоматологической медицинской помощи;
- расходы на медицинскую помощь, оказываемую Центрами здоровья;
- медицинская помощь, оказываемая в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах;
- расходы на оплату проведения всех видов диагностических и лабораторных исследований в соответствии с перечнем, установленным Приложением № 3 к настоящему ТС;
- расходы на проведение физической терапии опорно-двигательного аппарата (обращение по ФТОДА);
- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС.

10. Фактический размер финансового обеспечения ФАП/ФП рассчитывается с учетом соответствия материально-технической базы и кадрового состава ФАП/ФП требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении

Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

11. Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) осуществляется в соответствии с п. 2.10. раздела II "Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи, в том числе на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц" Методических рекомендаций.

12. Финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, а также видов расходов, не включенных в подушевой норматив, осуществляется за единицу объема медицинской помощи. При оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи размер финансового обеспечения медицинской организации рассчитывается исходя из фактически оказанных объемов медицинской помощи и установленных тарифов.

При этом тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, является единым для всех медицинских организаций в сфере ОМС Тульской области, включенных в один уровень оказания медицинской помощи.

13. Тариф на оплату посещения с иными целями рассчитывается исходя из базовой ставки посещения с учетом относительного коэффициента стоимости посещения по специальности врача и коэффициента уровня оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

Базовая ставка стоимости посещения с иными целями рассчитывается, исходя из объема средств, установленных нормативом программы государственных гарантий на посещения с иными целями за вычетом расходов по межтерриториальным расчетам, расходов на содержание ФАП/ФП, расходов на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, средств на комплексные посещения центров здоровья, расходов по стоматологической помощи.

14. Тариф на оплату обращения по поводу заболевания рассчитывается исходя из базовой ставки обращения по поводу заболевания, поправочного коэффициента стоимости обращения по специальности врача и коэффициента уровня оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

Базовая ставка стоимости обращения по поводу заболевания рассчитывается, исходя из объема средств, установленных нормативом программы государственных гарантий без учета средств по межтерриториальным расчетам, средств на оплату всех видов диагностических (лабораторных) исследований, услуг диализа, расходов по стоматологической помощи, расходов на содержание ФАП.

15. При установлении тарифов на оплату амбулаторно-поликлинической помощи применяется коэффициент уровня оказания амбулаторно-поликлинической помощи, установленный в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н "Об утверждении Требований к структуре и содержанию

тарифного соглашения". Коэффициент уровня оказания амбулаторно-поликлинической помощи применяется к тарифам на следующие виды услуг:

- посещения с иными целями;
- обращения по поводу заболевания;
- посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме.

16. В случае оказания медицинской помощи с применением мобильных медицинских комплексов устанавливается повышающий коэффициент к утвержденным тарифам на посещения, обращения, мероприятия в рамках профилактических осмотров, включая диспансеризацию, в размере, установленном в разделе 3 настоящего ТС.

17. При проведении процедур диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу - одну услугу гемодиализа и один день перитонеального диализа в рамках законченного случая. При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников.

При расчете тарифов на услуги гемодиализа и перитонеального диализа используются базовые тарифы на оплату диализа, к которым применяются соответствующие коэффициенты относительной затратоемкости, установленные в приложении 4 к Методическим рекомендациям.

18. Оплата отдельных диагностических (лабораторных) исследований, проводимых в соответствии с порядком направления, утвержденным министерством здравоохранения Тульской области, осуществляется при проведении исследования по направлению врача первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медицинской организации.

ДИ органа учитывается как одна услуга независимо от количества проекций, выполненных по одному анатомически целостному органу.

ДИ системы органов учитывается как одна услуга - диагностическое исследование анатомически сочетанных органов, выполняющих одну функцию.

19. Тариф на оплату посещения в Центрах здоровья рассчитывается исходя из базовой ставки посещения с учетом относительного коэффициента стоимости посещения по специальности врача-терапевта.

Тариф на оплату комплексного посещения в Центрах здоровья рассчитан в соответствии с Методикой расчета тарифов.

В Центрах здоровья осмотры и скрининговые обследования на аппаратно-программном комплексе могут проводиться в течение нескольких дней. Первичное комплексное обследование (далее - ПКО) учитываются как один законченный случай (одно первичное посещение). Несколько посещений, сделанных в течение одного дня пациентом к одному и тому же врачу или врачам одной специальности, учитываются как самостоятельные, если одно из посещений проводилось как профилактическое в ЦЗ. Застрахованному гражданину при обращении в ЦЗ ПКО проводится 1 раз в отчетном году.

20. Тариф на оплату посещения к врачу-онкологу (в ЦАОП, ПОК, МОК) и обращения по поводу заболевания к врачу-онкологу (в ЦАОП, ПОК, МОК) рассчитывается исходя из базовой ставки посещения с учетом относительного коэффициента стоимости посещения по специальности врача. Тариф на оплату комплексного обращения по поводу заболевания к врачу-онкологу (в ЦАОП, ПОК, МОК) рассчитан исходя из стоимости обращения по поводу заболевания к врачу-онкологу и стоимости установленных исследований по перечню.

21. При оплате амбулаторной стоматологической медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Положением о порядке оказания стоматологической помощи в рамках территориальной Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи населению Тульской области, по посещениям с профилактическими и иными целями и обращениям по поводу заболевания учитываются условные единицы трудоемкости (УЕТ).

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, приведено в Приложении № 13 к настоящему ТС. Стоимость одной УЕТ утверждается ТС.

Оплата профилактического лечения детей осуществляется по сумме медицинских услуг в УЕТ в составе комплексного профилактического стоматологического посещения.

Для оплаты из средств ОМС, формирования отчетности, в том числе контроля исполнения объемов, установленных Комиссией, со стороны СМО стоматологическая помощь учитывается в медицинских услугах, выраженных в УЕТ, посещениях при оказании медицинской помощи в неотложной форме, посещениях с иными целями и обращениях по поводу заболеванием.

22. Оплата посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме, в том числе стоматологической, осуществляется по тарифу посещения в неотложной форме с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи.

2.2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ КРУГЛОСУТОЧНОГО СТАЦИОНАРА

1. Установленные способы оплаты медицинских услуг, оказываемых в стационарных условиях:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ);
- 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.

2. Оплата медицинской помощи в стационарных условиях на основе групп заболеваний, в том числе КСГ, осуществляется в соответствии с разделом I. "Способы оплаты медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ)" Методических рекомендаций.

Способ оплаты по клинико-профильной группе (КПГ) в круглосуточном стационаре не применяется.

3. Финансирование по законченному случаю лечения в стационаре на основе групп заболеваний по КСГ осуществляется по стоимости законченного случая лечения по КСГ в круглосуточном стационаре при наличии у МОУ установленных типовым договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС объемов на соответствующий профиль койки.

4. Размер средней стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях (базовая ставка) определяется, исходя из общего объема средств на финансовое обеспечение стационарной медицинской помощи в рамках системы КСГ и планового количества случаев госпитализации с учетом среднего поправочного коэффициента.

5. При планировании объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и оплачиваемой по КСГ, из общего объема средств, рассчитанного исходя из нормативов территориальной программы ОМС, исключаются средства:

- предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;
- предназначенных на оплату медицинской помощи вне системы КСГ (в случаях, являющихся исключениями);
- направляемые на формирование нормированного страхового запаса фонда в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента (СПК) по сравнению с запланированным.

6. Оплата за счет средств ОМС медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях по КСГ, осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;
- услуг диализа, включающих различные методы.

7. Оплата прерванных случаев 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 осуществляется в следующем порядке:

7.1. в случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и(или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, 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.

7.2. если хирургическое лечение 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 – 80% от стоимости КСГ.

7.3. К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

Перечень КСГ круглосуточного стационара, по которым осуществляется оплата в полном объеме, независимо от длительности лечения приведена в Таблице № 1 Приложения № 20 к настоящему ТС.

7.4. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях:

- в случае если фактическое количество дней введения в рамках случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, определенному Приложением 1 к Методическим рекомендациям, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ,

- в случае если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились

7.5. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией:

учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено, начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ, исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций);

прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

8. При переводе пациента из одного отделения медицинской

организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев.

Если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ10:

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

- проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

- родовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением. При этом оплата по 2 КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

- О14.1 Тяжелая преэклампсия,

- О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери,

- О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери,

- О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери,

- О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

При этом если один из случаев лечения является прерванным, его оплата

осуществляется в соответствии с установленными правилами.

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

9. Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного стационара в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

10. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в круглосуточном стационаре, оплата осуществляется за фактически выполненные в течение всего периода нахождения пациента в стационаре услуги диализа только в сочетании с основной КСГ являющейся поводом для госпитализации или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

При оплате услуг диализа поправочные коэффициенты не применяются.

В период лечения пациент обеспечивается всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

При расчете тарифов на услуги диализа используются базовые тарифы диализа и перитонеального диализа, к которым применяются соответствующие коэффициенты относительной затратоемкости, установленные в Приложении 4 к Методическим рекомендациям.

11. В стоимость КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в медицинской организации, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по КСГ по профилю «Неонатология».

12. При оплате случаев проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых в целях повышения эффективности расходования средств ОМС, а также созданию возможности перераспределения средств в рамках общего объема средств на оплату медицинской помощи по профилю «Онкология», поправочные коэффициенты применяются только к доле заработной платы и прочих расходов в структуре КСГ.

13. Особенности оплаты случаев лечения пациентов с коронавирусной инфекцией в случае перевода на долечивание:

- в пределах одной медицинской организации – оплата в рамках одного случая оказания медицинской помощи (по КСГ с наибольшей стоимостью законченного случая лечения заболевания);

- в другую медицинскую организацию – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата законченного случая лечения после перевода осуществляется по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)».

Оплата прерванных случаев после перевода осуществляется в общем порядке.

- в амбулаторных условиях – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в общем порядке, определенным тарифным соглашением.

14. При направлении в медицинскую организацию, с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, формируемой по коду МКБ 10 либо по коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического лечения.

После оказания в медицинской организации высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ.

15. Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи (далее - ВМП) осуществляется при соответствии наименования вида ВМП, кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным Программой перечня видов ВМП, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения ВМП (далее – Перечень ВМП). Оплата видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню ВМП, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

17. Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара.

Наименование медицинской организации	№ группы ВМП
ГУЗ ТО "Тульская областная клиническая больница"	1, 2, 4, 5, 6, 10, 12, 14, 16, 20, 22, 27, 28, 29, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 55
ГУЗ "Тульская областная клиническая"	51

больница № 2 имени Л.Н.Толстого"	
ГУЗ "Тульский областной онкологический диспансер"	20, 23, 24
ГУЗ "Тульский областной клинический кожно-венерологический диспансер"	9
ГУЗ "Тульский областной перинатальный центр"	18, 19
ГУЗ "Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д.Я. Ваныкина"	1, 18, 19, 29,36,37,38,39,40,41, 42, 49, 50, 54, 55
ГУЗ "Городская больница № 7 г. Тулы"	56
ГУЗ "Городская больница № 13 г. Тулы"	43,45
ГУЗ "Новосковская городская клиническая больница"	29, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 51
ГУЗ "Донская городская больница № 1"	51
ГУЗ "Тульская детская областная клиническая больница"	6, 18, 32,34,54
ГУЗ "Родильный дом № 1 г. Тулы имени В.С.Гумилевской"	3
ГУЗ "Алексинская районная больница имени профессора В.Ф.Снегирева"	49
ГУЗ "Ефремовская районная больница имени А.И.Козлова"	51
ЧУЗ "Клиническая больница "РЖД - Медицина" г. Тула	3
ООО "МЕДСИ 2"	42,49

2.3. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

1. Установленные способы оплаты медицинских услуг, оказываемых в условиях дневного стационара:

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

- 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.

2. Оплата медицинской помощи в условиях дневного стационара на основе групп заболеваний, в том числе КСГ, осуществляется в соответствии с разделом I. "Способы оплаты медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе групп заболеваний, в

том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ)" Методических рекомендаций.

3. Финансирование по законченному случаю лечения в дневном стационаре на основе групп заболеваний по КСГ осуществляется по стоимости законченного случая лечения по КСГ в дневном стационаре при наличии у МО установленных типовым договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС объемов на соответствующий профиль.

4. Размер средней стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях (базовая ставка) определяется, исходя из общего объема средств на финансовое обеспечение стационарной медицинской помощи в рамках системы КСГ и планового количества случаев госпитализации с учетом среднего поправочного коэффициента.

5. При планировании объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ, из общего объема средств, рассчитанного исходя из нормативов территориальной программы ОМС, исключаются средства:

- предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;
- предназначенных на оплату медицинской помощи вне системы КСГ (в случаях, являющихся исключениями);
- направляемые на формирование нормированного страхового запаса фонда в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента (СПК) по сравнению с запланированным.

6. Оплата за счет средств ОМС медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара по КСГ, осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;
- услуг диализа, включающих различные методы.

7. Оплата прерванных случаев 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 осуществляется в следующем порядке:

7.1. в случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и(или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, 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.

7.2. если хирургическое лечение 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 – 80% от стоимости КСГ.

7.3. К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

Перечень КСГ в условиях дневного стационара, по которым осуществляется оплата в полном объеме, независимо от длительности лечения приведена в Таблице № 2 Приложения № 20 к настоящему ТС.

7.4. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях:

- в случае если фактическое количество дней введения в рамках случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, определенному Приложением 1 к Методическим рекомендациям, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ,

- в случае если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились

7.5. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией:

- учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено, начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ, исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций);

- прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

8. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в условиях дневного стационара, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения

до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев.

Если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ 10:

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

При этом если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

9. Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях дневного стационара в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

При оплате услуг диализа поправочные коэффициенты не применяются.

В период лечения пациент обеспечивается всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

11. При оплате случаев проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых в целях повышения эффективности расходования средств ОМС, а также созданию возможности перераспределения средств в рамках общего объема средств на оплату медицинской помощи по профилю «Онкология», поправочные коэффициенты применяются только к доле заработной платы и прочих расходов в структуре КСГ.

13. При проведении экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) оплата осуществляется за законченный случай лечения по установленному тарифу КСГ с учетом проведения отдельных этапов процедур ЭКО, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов. Хранение консервированных эмбрионов за счет средств ОМС не осуществляется.

14. Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в условиях дневного стационара:

Наименование медицинской организации	№ группы ВМП
--------------------------------------	--------------

2.4. ОПЛАТА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

2. Перечень медицинских услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам:

- вызов СМП, выполненный врачебной бригадой (ВБ);
- вызов СМП, выполненный фельдшерской бригадой (ФБ);
- вызов СМП, выполненный бригадой интенсивной терапии (ИТ);
- вызов СМП, выполненный специализированной бригадой (СБ);
- вызов СМП для выполнения транспортировки;
- вызов СМП безрезультатный;
- вызов СМП для констатации смерти;
- вызов СМП с проведением тромболизиса.

3. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, и применяемые способы оплаты скорой медицинской помощи установлен в Приложении № 1 к настоящему ТС.

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

- расходов на оплату проведения бригадой скорой медицинской помощи тромболитической терапии,

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

5. Оплата скорой медицинской помощи оказанной вне медицинской организации осуществляется в соответствии с разделом III. "Способы оплаты скорой медицинской помощи, в том числе на основе подушевого норматива финансирования" Методических рекомендаций.

В связи с тем, что в рамках выполнения территориальной программы ОМС оказание скорой медицинской помощи осуществляется единственной медицинской организацией, коэффициент специфики равен 1(единице).

6. Ежемесячный объем подушевого финансирования СМП для МО определяется как 1/12 годового объема финансовых средств на подушевое финансирование СМП.

7. В реестры счетов на оплату скорой медицинской помощи в обязательном порядке включаются все единицы объема оказанной скорой медицинской помощи по установленным тарифам. Формирование отчетных форм по объемам СМП, представляемых в Фонд, должны соответствовать данным реестров счетов, принятых к учету для оплаты СМО.

3. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяются в зависимости от формы, вида и условий оказания медицинской помощи по способам оплаты медицинской помощи, указанным в разделе 2 настоящего ТС, в соответствии с методикой расчета тарифов, установленной Правилами ОМС, на основе стандартов и порядков оказания медицинской помощи, учитывая Методические рекомендации.

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

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

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

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

Перечень медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи приведен в Приложении № 2 к настоящему ТС (Таблицы № 1,2,3).

3.3. Структура тарифа на оплату медицинской помощи согласно части 7 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, 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 (без ограничения стоимости за счет средств, полученных за оказание высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС)

3.1. АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

1. Средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Тульской области, в расчете на одно застрахованное лицо, - 4616,8 руб. Установленный норматив не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой за пределами Тульской области.

2. Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях на 2021 год – 1861,03 руб., в месяц – 155,08 руб.

3. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц на 2021 год установлены согласно Приложению № 5 к настоящему ТС.

4. Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключающего влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, в том числе за вызов скорой медицинской помощи, и оказываемой в

фельдшерских, фельдшерских-акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности — 0,4031.

5. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования, учитывающий критерии в соответствии с Методическими рекомендациями, установлен согласно Приложению № 6 к настоящему ТС.

5.1. Для определения половозрастных коэффициентов дифференциации, используемых для расчета коэффициента специфики, численность застрахованных лиц в Тульской области распределена на следующие половозрастные группы:

- 1) до года мужчины/женщины
- 2) год - четыре года мужчины/женщины;
- 3) пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;
- 4) восемнадцать лет – шестьдесят четыре года мужчины/ женщины;
- 5) шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

Значения половозрастных коэффициентов дифференциации и коэффициентов дифференциации в разрезе половозрастных групп установлены согласно Приложению № 7 к настоящему ТС.

4.2. Коэффициент специфики учитывает долю применения медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

6. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи, включающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации) установлен согласно Приложению № 8 к настоящему ТС.

7. Коэффициент 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 (КДот) установлен согласно Приложению № 9 к настоящему ТС.

8. Коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи установлен в размере 1 (единица).

9. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки (включая целевые значения) установлен в Приложении № 10 к настоящему ТС.

10. Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации для ФАП/ФП обслуживающего:

- 1) до 100 жителей – 1 010 700 рублей с учетом понижающего коэффициента в зависимости от численности обслуживаемого населения:

- от 1 до 49 жителей – 505 350 рублей, понижающий коэффициент - 0,5 к размеру указанного финансового обеспечения,

- от 50 до 99 жителей – 909 630 рублей, понижающий коэффициент - 0,9 к размеру указанного финансового обеспечения,

2) от 100 до 900 жителей – 1 010 700 рублей,

3) от 900 до 1500 жителей – 1 601 200 рублей,

4) от 1500 до 2000 жителей – 1 798 000 рублей,

5) свыше 2000 жителей – 1 977 800 рублей, с учетом повышающего коэффициента – 1,1 к размеру указанного финансового обеспечения,

Значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, установлены в Приложении № 11 к настоящему ТС.

Перечень медицинских организаций, имеющих в своем составе ФАП/ФП с указанием диапазона численности обслуживаемого населения, годового размера финансового обеспечения, а также информации по установлению критериев применения понижающих коэффициентов в соответствии с материально-технической базой и кадрового состава приведены в Приложении № 11 к настоящему ТС.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов.

МО, имеющие в своей структуре ФАП/ФП, формируют реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанные на ФАП/ФП. Фактическое финансирование ФАП/ФП осуществляется, исходя из среднемесячного объема средств, определенного по вышеуказанным условиям.

10. Распределение медицинских организаций, для установления коэффициента уровня оказания амбулаторно-поликлинической помощи приведено в Таблице № 1 Приложения № 2 к настоящему ТС.

Коэффициенты уровня медицинской организации при оказании амбулаторно-поликлинической помощи:

Уровень	Коэффициент
I уровень	0,90
II уровень	1,05

11. Базовый норматив финансовых затрат на оплату посещения устанавливается в размере 268,7 руб. Тарифы на оплату посещений с иными целями с учетом уровня оказания амбулаторно-поликлинической помощи установлены согласно Приложению № 12 к настоящему ТС

12. Базовый норматив финансовых затрат на оплату посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме – 900,50 руб. Тарифы

на оплату посещений при оказании неотложной медицинской помощи с учетом уровня оказания амбулаторно-поликлинической помощи установлены согласно Приложению № 12 к настоящему ТС.

13. Тариф на оплату одного посещения с комплексным обследованием в Центрах здоровья устанавливается для всех Центров здоровья в едином размере – 916,3 руб. Тариф на посещение для динамического наблюдения в Центре здоровья (врачебное) - 229,80 руб.

14. Базовый норматив финансовых затрат на обращение по поводу заболевания – 1056,00 руб. Тарифы на оплату обращений по поводу заболевания с учетом уровня оказания амбулаторно-поликлинической помощи установлены согласно Приложению № 12 к настоящему ТС

15. Тариф обращения по физической терапии опорно-двигательного аппарата (ФТОДА) – 3134,00 руб.

16. Тарифы при оказании медицинской помощи в центрах амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП, ПОК, МОК):

- посещение с иной целью к врачу-онкологу – 244,9 руб.
- обращение по поводу заболевания к врачу-онкологу – 992,6 руб.
- комплексное обращение по поводу заболевания к врачу-онкологу (включая перечень установленных исследований) - 2192,6 руб.

17. Тарифы диспансеризации определенных групп взрослого населения, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, профилактических осмотров взрослого населения, профилактических медицинских осмотров (при первом посещении в рамках диспансерного наблюдения), профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, диспансеризации детей-сирот установлены согласно Приложению № 4 к настоящему ТС и используются в том числе для межучрежденческих и межтерриториальных расчетов.

18. Повышающий коэффициент к тарифам на посещения, обращения, медицинские услуги и мероприятия в рамках профилактических осмотров, включая диспансеризацию:

- проводимые мобильными медицинскими комплексами, устанавливается в размере 1,05.
- в случае выполнения полного набора услуг в выходные дни устанавливается в размере 1,05.
- в случае выполнения полного набора услуг в выходные дни, проводимые с применением мобильных медицинских комплексов, устанавливается в размере 1,1025.

19. Тарифы стоимости диагностических (инструментальных и лабораторных) исследований в диагностических центрах, централизованной лаборатории, бактериологических исследований, в том числе для осуществления взаиморасчетов между медицинскими организациями в сфере ОМС Тульской области, установлены согласно Приложению № 3 к настоящему ТС.

20. Базовый тариф на оплату гемодиализа устанавливается в размере 5949,0 руб. Базовый тариф на оплату перитонеального диализа устанавливается в размере 3327,0 руб.

Полный перечень тарифов на отдельные медицинские услуги при проведении почечной заместительной терапии (диализа) установлен в Приложении № 14 к настоящему ТС.

21. Тариф одной условной единицы трудоемкости (УЕТ) для оплаты стоматологических услуг, оказываемых застрахованным лицам в соответствии с перечнем услуг, установленных в Приложении № 13 к настоящему ТС, устанавливается в размере - 102,0 руб.

3.2. СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ

1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Тульской области, в расчете на одно застрахованное лицо – 5397,38 руб. Установленный норматив не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой за пределами Тульской области.

2. Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке – 0,65.

3. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) в условиях круглосуточного стационара устанавливается в размере – 23457,0 руб.

4. Распределение медицинских организаций для установления коэффициента уровня медицинской организации в условиях круглосуточного стационара установлено в Таблице № 2 Приложения № 2 к настоящему ТС

5. Согласно Методическим рекомендациям при оплате по КСГ применяются следующие коэффициенты:

- коэффициент относительной затроемкости КСГ, установленный Методическими рекомендациями, представлен в Приложении № 15 к настоящему ТС;

- коэффициент специфики оказания медицинской помощи в диапазоне от 0,8 до 1,4 установленный в соответствии с Методическими рекомендациями, представлен в Приложении № 15 к настоящему ТС;

- коэффициенты сложности лечения пациентов (КСЛП) учитывающие более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях, представлены в Приложении № 16 к настоящему ТС;

- коэффициенты уровня/подуровня медицинской организаций представлены в Приложении № 17 к настоящему ТС.

6. Тарифы на оплату законченного случая лечения по клинко-статистическим группам (КСГ) с учетом уровня оказания стационарной помощи представлены в Приложении № 15 к настоящему ТС.

7. Тарифы на отдельные медицинские услуги при проведении почечной заместительной терапии (диализа) установлены согласно Приложению № 14 к настоящему ТС.

8. Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ, установлены в соответствии с Приложением № 18 к настоящему ТС.

9. Средний размер финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Тульской области, в расчете на одно застрахованное лицо - 615,79 руб.

10. Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню высокотехнологичной медицинской помощи, установленному в территориальной программе ОМС, в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной помощи, оказываемой в рамках базовой программы ОМС, приведенной в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, с установлением доли заработной платы в структуре затрат установлены в Приложении № 19 к настоящему ТС.

3.3. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Тульской области, в расчете на одно застрахованное лицо – 1242,66 рублей. Установленный норматив не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой за пределами Тульской области.

Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке – 0,6.

2. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) в условиях дневного стационара устанавливается в размере - 13286,00 руб.

4. Распределение медицинских организаций по уровню медицинской организации в условиях дневного стационара установлено в Таблице № 3 Приложения № 2 к настоящему ТС.

5. Согласно Методическим рекомендациям при оплате по КСГ применяются следующие коэффициенты:

- коэффициент относительной затроемкости КСГ, установленный Методическими рекомендациями, представлен в Приложении № 21 к настоящему ТС;

- коэффициент специфики оказания медицинской помощи в диапазоне от 0,8 до 1,4 установленный в соответствии с Методическими рекомендациями, представлен в Приложении № 21 к настоящему ТС;

- коэффициенты сложности лечения пациентов (КСЛП) учитывающие более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях, представлены в Приложении № 16 к настоящему ТС

- коэффициенты уровня медицинской организации. В условиях дневного стационара для всех медицинских организаций Тульской области коэффициент уровня устанавливается в размере 1 (единица).

6. Тарифы на оплату законченного случая лечения по клинко-статистическим группам заболеваний (КСГ) в условиях дневного стационара устанавливаются согласно Приложению № 21 к настоящему ТС.

7. Тариф на отдельные медицинские услуги при проведении почечной заместительной терапии (диализа) установлен в Приложении № 14 к настоящему ТС.

8. Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ, установлены в соответствии с Приложением № 18 к настоящему ТС.

9. Средний размер финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Тульской области, в расчете на одно застрахованное лицо - 2,11 руб.

3.4. СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

1. Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Тульской области, в расчете на одно застрахованное лицо – 761,35 рублей. Установленный норматив не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой за пределами Тульской области.

2. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, установлен в размере на год - 769,85 руб., на месяц – 64,15 руб.

3. Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования – 1,01116.

4. Объем финансирования скорой медицинской помощи

Наименование МО, оказывающей скорую медицинскую помощь	Подушевой норматив финансирования СМП руб.	Сумма подушевого финансирования СМП в год, рублей	Ежемесячная сумма подушевого финансирования СМП, руб.
ГУЗ ТО "Территориальный центр медицины катастроф, скорой и неотложной медицинской помощи"	769,85	1 108 141 660,00	92 345 138,33

5. Размер базового норматива финансовых затрат (базовая ставка) устанавливается в размере – 2 713,40 руб.

6. Тарифы стоимости одного вызова скорой медицинской помощи (выезда)

Наименование вызова	Коэффициент	Стоимость одного вызова, руб.
Вызов СМП, выполненный врачебной бригадой (ВБ)	1,37	3 717,40
Вызов СМП, выполненный фельдшерской бригадой (ФБ)	1,00	2 713,40
Вызов СМП, выполненный бригадой интенсивной терапии (ИТ)	1,60	4 341,40
Вызов СМП, выполненный специализированной бригадой (СБ)	1,80	4 884,10
Вызов СМП для выполнения транспортировки	0,50	1 356,70
Вызов СМП безрезультатный (за исключением отмененного)	0,45	1 221,00
Вызов СМП для констатации смерти	0,5	1 356,7
Вызов СМП с проведением тромболизиса	11,36033	30 825,12

4. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

Организация и проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования", приказом Федерального фонда ОМС от 07.04.2011 № 79 "Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования" (далее приказ ФФОМС от 07.04.2011 № 79), территориальным Порядком информационного взаимодействия при осуществлении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и приказом Федерального фонда ОМС от 28.02.2019 № 36 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию". Перечень дефектов, выявляемых в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, по результатам которого предусмотрена неоплата или неполная оплата затрат на оказание медицинской помощи, а также уплата медицинской организацией штрафа приведен в Приложении № 22 к настоящему ТС.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящее ТС вступает в силу с 1 января 2021 года, заключается на один финансовый год и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года.

2. Настоящее ТС может быть изменено или дополнено. Внесение изменений осуществляется путем заключения дополнительных соглашений к ТС, которые является неотъемлемой частью ТС с момента их подписания.

3. В соответствии с финансовым обеспечением территориальной программы ОМС установленные настоящим ТС тарифы могут быть проиндексированы.

4. В случае возникновения претензий и споров по вопросам установления тарифов и оплаты медицинских услуг, возникающих между участниками обязательного медицинского страхования, Комиссия принимает меры по их разрешению путем переговоров.

5. Спорные вопросы, неурегулированные Комиссией, рассматриваются в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

Эрк А.А. _____

Дубровина О.А. _____

Тулянкин Ю.В. _____

Красноперова Ю.С. _____

Ильина М.Л. _____

Савищева А.А. _____

Макарова Е.С. _____

Богомолова Т.Г. _____

Сотник О.Н. _____