

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**  
**на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на**  
**территории Томской области на 2020 год**

г. Томск

от 27.12.2019г.

1. Общие положения. Термины и определения.

1. Мы, нижеподписавшиеся, полномочные представители органа исполнительной власти Томской области, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти Томской области, представители Территориального фонда обязательного медицинского страхования Томской области, представители страховых медицинских организаций, представители профессиональных медицинских ассоциаций Томской области, представители профсоюзных организаций, являющиеся членами Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Томской области, в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», заключили настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в соответствии с областной Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Томской области на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденной постановлением Администрации Томской области от 26.12.2019 № 495а (далее – областная Программа).

**Медицинские организации, имеющие прикрепившихся лиц** - медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций) любой формы собственности, участвующие в реализации областной Программы обязательного медицинского страхования и имеющие прикрепившихся лиц, застрахованных по ОМС, оплата медицинской помощи которым осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу за прикрепившееся лицо.

**Медицинские организации – исполнители** (далее – МО-исполнители) – медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), оказывающие внешние медицинские услуги. Медицинская организация, имеющая прикрепившихся лиц, может являться МО-исполнителем в случае оказания внешних медицинских услуг не прикрепившимся лицам.

**Внешние медицинские услуги** – консультативные, диагностические, лечебные медицинские услуги, оказанные застрахованным по ОМС лицам, не прикрепившимся к МО-исполнителю, по направлениям медицинских организаций, к которым эти лица прикреплены.

Внешние услуги в период оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара - диагностические услуги (в том числе магнитно-резонансная томография (в том числе с наркозом), компьютерная (в том числе спиральная) томография), консультативные и лечебные услуги, оказанные другой медицинской организацией по направлению врача медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (за исключением проведения диализа), медицинская помощь, оказанная в приемном покое или травматологическом пункте другой медицинской организации, стоматологическая помощь без направления врача медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (за исключением оказания неотложной стоматологической помощи и стоматологической помощи, оказанной лицам, прикрепившимся к поликлиникам в составе районных больниц Томской области, во время лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в медицинских организациях, расположенных в г. Томске).

**Дифференцированный подушевой норматив медицинской организации с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации** – тариф на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в расчете на 1 прикрепившееся лицо, застрахованное по ОМС.

**Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц** – тариф на оплату медицинской помощи по всем видам и условиям ее

предоставления медицинской организацией с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи, в расчете на 1 прикрепившееся лицо, застрахованное по ОМС.

**Прейскурант тарифов на оплату внешних медицинских услуг для проведения взаиморасчетов между медицинскими организациями (далее - Прейскурант)** – утверждаемая в Тарифном соглашении стоимость внешних консультативных, диагностических, лечебных услуг, оказанных МО-исполнителем в амбулаторных условиях по направлению врача медицинской организации, к которой прикреплено лицо, или при необходимости по направлению врача-специалиста МО-исполнителя при наличии у последнего первичного направления врача медицинской организации, к которой прикреплено лицо, а также в случае оказания МО-исполнителем неотложной и экстренной медицинской помощи не прикрепившимся к ней лицам.

**Посещение приемного покоя** – случай оказания неотложной медицинской помощи (в том числе с использованием параклинических методов исследования) в приемном отделении (приемном покое) стационара пациенту, госпитализация которого не состоялась.

**Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ)** – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи (оказываемой в стационарных условиях и условиях дневного стационара) и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

В клинико-статистические группы заболеваний не включается высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в раздел I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащий в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, являющегося приложением к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденной постановлением Правительства РФ от 07.12.2019 № 1610 (далее – Перечень видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС), на которые установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

**Законченный случай лечения заболевания в стационарных условиях и в условиях дневного стационара** – случай лечения в стационарных условиях и условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации областной Программы.

**Прерванный случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара** – 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, при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа, а также случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, кроме случаев, оказываемых в стационарных условиях по КСГ № st02.001, st02.002, st02.003, st02.004, st02.010, st02.011, st03.002, st05.006, st05.007, st05.008, st05.009, st05.010, st05.011, st12.010, st12.011, st14.002, st15.008, st15.009, st16.005, st19.007, st19.027, st19.028, st19.029, st19.030, st19.031, st19.032, st19.033, st19.034, st19.035, st19.036, st19.038, st19.056, st19.057, st19.058, st20.005, st20.006, st20.010, st21.001, st21.002, st21.003, st21.004, st21.005, st21.006, st25.004, st27.012, st30.006, st30.010, st30.011, st30.012, st30.014, st31.017, st32.002, st32.012, st32.016, st34.002, st36.001, st36.003, st36.007, st36.009, st36.010, st36.011, а также случаев, оказываемых в условиях дневного стационара по КСГ № ds02.001, ds02.006, ds02.007, ds05.003, ds05.004, ds05.005, ds05.006, ds05.007, ds15.002, ds15.003, ds19.018, ds19.019, ds19.020, ds19.021, ds19.022, ds19.023, ds19.024, ds19.025, ds19.026, ds19.027, ds19.028, ds19.029, ds19.030, ds19.031, ds19.032, ds19.033, ds20.002, ds20.003, ds20.006, ds21.002, ds21.003, ds21.004, ds21.005, ds21.006, ds25.001, ds27.001, ds34.002, ds36.001, ds36.004.

**Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи** – тариф на оплату скорой медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо, обслуживаемое станцией скорой медицинской помощи или отделениями скорой медицинской помощи, входящими в состав медицинских организаций.

**Бережливая поликлиника** — медицинская организация, внедряющая Стандарт организации амбулаторной помощи на территории Томской области, включенная в перечень участников по внедрению новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в рамках регионального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» в 2020 году, в соответствии с распоряжением Департамента здравоохранения Томской области.

## 2. Способы оплаты медицинской помощи, установленные областной Программой.

2.1. Оплата медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, осуществляется:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности, медицинской организации (в том числе показателей результативности деятельности Бережливой поликлиники), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (в том числе 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).

2.1.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, установлен **Приложением 1.1**. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), установлен **Приложением 1.2**. Перечень медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, а также подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, внедряющих новую модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства, установлен **Приложением 1.7**.

2.1.2. Дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской организации с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации включает в себя средства на собственную деятельность, средства, за счет которых производятся взаиморасчеты за внешние медицинские услуги, оказанные прикрепившимся к медицинской организации лицам, а также средства, на выплаты медицинским организациям за достижение целевых значений показателей результативности деятельности, в том числе показателей результативности деятельности Бережливой поликлиники.

Оплата внешних медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам вне медицинской организации, к которой они прикреплены, осуществляется по утвержденным Прейскурантом тарифам.

2.1.3. Порядок расчета размера средств на выплаты медицинской организации за достижение целевых значений показателей результативности деятельности, в том числе показателей результативности деятельности Бережливой поликлиники и Порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности, в том числе показателей результативности деятельности Бережливой поликлиники установлены Положением о порядке оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования на территории Томской области на 2020 год (далее – Положение о порядке оплаты) (**Приложение 2**). Перечень показателей результативности деятельности медицинских

организаций и критерии их оценки установлены **Приложением 3**. Перечень показателей результативности деятельности Бережливой поликлиники (включая целевые значения) установлен **Приложением 3.1**.

Доля основной части дифференцированного подушевого норматива составляет 93%, стимулирующей части (за выполнение показателей результативности деятельности) - 7%, в том числе за выполнение показателей результативности деятельности Бережливой поликлиники – 2%.

2.1.4. При расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций не учитываются средства:

- на оплату стоматологической помощи;
- на оплату медицинской помощи, оказываемой поликлиническими подразделениями первичных онкологических отделений медицинских организаций, являющихся межмуниципальными центрами, не прикрепившимся к ним лицам, ОГАУЗ «Областной перинатальный центр», ОГАУЗ «Томский областной онкологический диспансер», ОГБУЗ «Томский областной кожно-венерологический диспансер», ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница»;
- на оплату медицинской помощи, оказываемой в Центрах здоровья;
- на оплату неотложной помощи (в том числе посещений травмпунктов и приемных покоев);
- на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;
- на оплату диспансеризации и профилактических осмотров;
- на оплату отдельных диагностических, лечебных и (или) лечебно-диагностических амбулаторных услуг;
- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях.

2.1.5. При расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций применяются коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, половозрастные коэффициенты дифференциации, коэффициенты дифференциации на прикрепившихся 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, районных коэффициентов к заработной плате и процентных надбавок к заработной плате.

2.1.6. Посещения врачей-специалистов ОГАУЗ «Областной перинатальный центр», ОГАУЗ «Томский областной онкологический диспансер», ОГБУЗ «Томский областной кожно-венерологический диспансер», ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница», стоматологических поликлиник, поликлинических подразделений первичных онкологических отделений медицинских организаций, являющихся межмуниципальными центрами, в случае оказания медицинской помощи не прикрепившимся к ним лицам, неотложная помощь (в том числе посещения травмпунктов и приемных покоев, за исключением медицинской помощи, оплачиваемой по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи), оплачиваются за каждое посещение в пределах плановых объемов и стоимости.

2.1.7. Медицинская помощь в Центрах здоровья оплачивается за законченный случай в пределах плановых объемов и стоимости. Профилактические осмотры, 1 этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, 1 и 2 этапы диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот, детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и детей, оставшихся без попечения родителей, оплачиваются за комплексное посещение в

пределах плановых объемов и стоимости. Оплата 2 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения осуществляется в соответствии с Положением о порядке оплаты.

2.1.8. Отдельные диагностические, лечебные и (или) лечебно-диагностические амбулаторные услуги оплачиваются за каждую услугу (исследование) в пределах плановых объемов и стоимости в соответствии с Положением о порядке оплаты.

2.1.9. Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливается Положением о порядке оплаты.

2.2. Оплата медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, (за исключением медицинской помощи, оплачиваемой по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи) осуществляется:

- 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.

Прерванный случай лечения без проведения хирургических операций и (или) тромболитической терапии длительностью до 3-х дней включительно, оплачивается в размере 30% от стоимости законченного случая, при длительности лечения свыше 3-х дней - оплачивается полностью.

В случае оказания пациенту медицинской помощи с проведением хирургической операции и (или) тромболитической терапии, являющейся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, при госпитализации от 1-го до 3-х дней включительно данный случай лечения оплачивается в размере 80% от стоимости законченного случая за исключением следующих случаев лечения, оплачиваемых в полном объеме независимо от длительности лечения:

- КСГ № st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью»,
- КСГ № st02.002 «Беременность, закончившаяся абортным исходом»,
- КСГ № st02.003 «Родоразрешение»,
- КСГ № st02.004 «Кесарево сечение»,
- КСГ № st02.010 «Операции на женских половых органах (уровень 1)»,
- КСГ № st02.011 «Операции на женских половых органах (уровень 2)»,
- КСГ № st03.002 «Ангионевротический отек, анафилактический шок»,
- КСГ № st05.006 «Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые»\*,
- КСГ № st05.007 «Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые»\*,
- КСГ № st05.008 «Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе»\*,
- КСГ № st05.009 «Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы»\*,
- КСГ № st05.010 «Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети»\*,
- КСГ № st05.011 «Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети»\*,
- КСГ № st12.010 «Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые»,
- КСГ № st12.011 «Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети»,
- КСГ № st14.002 «Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)»,
- КСГ № st15.008 «Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)»\*,
- КСГ № st15.009 «Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина

(уровень 2)»\*,  
КСГ № st16.005 «Сотрясение головного мозга»,  
КСГ № st19.007 «Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)»,  
КСГ № st19.027 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)»\*,  
КСГ № st19.028 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)»\*,  
КСГ № st19.029 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)»\*,  
КСГ № st19.030 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)»\*,  
КСГ № st19.031 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)»\*,  
КСГ № st19.032 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)»\*,  
КСГ № st19.033 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)»\*,  
КСГ № st19.034 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)»\*,  
КСГ № st19.035 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)»\*,  
КСГ № st19.036 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)»\*,  
КСГ № st19.038 «Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)»,  
КСГ № st19.056 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)»\*,  
КСГ № st19.057 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)»\*,  
КСГ № st19.058 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)»\*,  
КСГ № st20.005 «Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)»,  
КСГ № st20.006 «Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)»,  
КСГ № st20.010 «Замена речевого процессора»,  
КСГ № st21.001 «Операции на органе зрения (уровень 1)»,  
КСГ № st21.002 «Операции на органе зрения (уровень 2)»,  
КСГ № st21.003 «Операции на органе зрения (уровень 3)»,  
КСГ № st21.004 «Операции на органе зрения (уровень 4)»,  
КСГ № st21.005 «Операции на органе зрения (уровень 5)»,  
КСГ № st21.006 «Операции на органе зрения (уровень 6)»,  
КСГ № st25.004 «Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы»,  
КСГ № st27.012 «Отравления и другие воздействия внешних причин»,  
КСГ № st30.006 «Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)»,  
КСГ № st30.010 «Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)»,  
КСГ № st30.011 «Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)»,  
КСГ № st30.012 «Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)»,  
КСГ № st30.014 «Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)»,

КСГ № st31.017 «Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи»,  
КСГ № st32.002 «Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)»,  
КСГ № st32.012 «Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)»,  
КСГ № st32.016 «Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)»,  
КСГ № st34.002 «Операции на органах полости рта (уровень 1)»,  
КСГ № st36.001 «Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина»\*,  
КСГ № st36.003 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов»\*,  
КСГ № st36.007 «Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов»,  
КСГ № st36.009 «Реинфузия аутокрови»,  
КСГ № st36.010 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация»,  
КСГ № st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация».

\* - при условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения.

В случае, если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, оказании услуг диализа) составила более 3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) тромболитическая терапия, случай оплачивается в 100% размере.

2.2.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, установлен **Приложением 1.3.**

2.2.2. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в случае, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 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 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с пунктом 43 Положения о порядке оплаты.

В случае перевода пациента в пределах одной медицинской организации с заболеванием одного класса МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшей стоимостью лечения.

Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ-10 (за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с пунктом 43 Положения о порядке оплаты):

- 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;
- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением,
- проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания.

Случаи лечения в отделениях патологии беременности длительностью 5 дней и менее с последующим переводом в акушерские отделения в пределах одной медицинской организации оплачиваются как один законченный случай по отделению выписки.

При этом оплата по двум КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

O14.1 Тяжелая преэклампсия;

O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;

O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;

O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

2.2.3. Сверхдлительные случаи оказания медицинской помощи в стационарных условиях с продолжительностью лечения более 30 дней, а по перечню КСГ, установленному **Приложением 33**, - более 45 дней, предъявляются на оплату после выписки пациента.

Правила отнесения случаев к сверхдлительным не распространяются на КСГ, объединяющие случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (st19.039-st19.055), т.е. указанные случаи не могут считаться сверхдлительными и оплачиваться с применением соответствующего КСЛП.

Значение КСЛП определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней. Стоимость койко-дня для оплаты случаев сверхдлительного пребывания определяется с учетом компенсаций расходов на медикаменты и расходные материалы в профильном отделении.

$$КСЛП = 1 + \frac{ФКД - НКД}{НКД} \times K_{дл},$$

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента (значение КСЛП округляется до двух знаков после запятой по правилам математики);

Кдл - коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание и частично на другие статьи расходов

- 0,25 - для обычных отделений,

- 0,4 - для реанимационных отделений новорожденных;

ФКД - фактическое количество койко-дней;

НКД - нормативное количество койко-дней (30 дней, за исключением КСГ, для которых установлен срок 45 дней).

2.2.4. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, устанавливается Положением о порядке оплаты.

2.3. Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, (за исключением медицинской помощи, оплачиваемой по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи) осуществляется:

- 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.

2.3.1. Перечень КСГ, к которым относятся случаи лечения, оплачиваемые в полном



объеме независимо от длительности лечения, установлен пунктом 66 Положения о порядке оплаты.

Прерванный случай лечения без проведения хирургических операций и (или) тромболитической терапии длительностью до 3-х дней включительно, оплачивается в размере 30% от стоимости законченного случая, при длительности лечения свыше 3-х дней - оплачивается полностью.

Прерванные случаи лечения, с проведением пациенту хирургических операций и (или) тромболитической терапии, являющихся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, за исключением случаев лечения, перечисленных пунктом 66 Положения о порядке оплаты, оплачиваются:

- при длительности лечения до 3-х дней включительно в размере 80% от стоимости законченного случая;
- при длительности лечения свыше 3-х дней – полностью.

2.3.2. В случае перевода пациента в пределах одной медицинской организации с заболеванием одного класса МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшей стоимостью лечения.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в случае, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 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 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с пунктом 66 Положения о порядке оплаты.

2.3.3. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, установлен **Приложением 1.4.**

2.3.4. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, установлен Положением о порядке оплаты.

2.4. Оплата скорой медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

2.4.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, в том числе перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, установлен **Приложением 1.5.**

2.4.2. Порядок оплаты скорой медицинской помощи устанавливается Положением о порядке оплаты.

2.5. Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи.

2.5.1. Перечень медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи, установлен **Приложением 1.6**. Перечень медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, а также подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, внедряющих новую модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства, установлен **Приложением 1.7**.

2.5.2. Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (в том числе показателей результативности деятельности Бережливой поликлиники), включая показатели объема медицинской помощи включает в себя средства на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в том числе средства, за счет которых производятся взаиморасчеты за внешние медицинские услуги, оказанные прикрепившимся к медицинским организациям лицам, средства на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, а также средства, на выплаты медицинским организациям за достижение целевых значений показателей результативности деятельности (в том числе показателей результативности деятельности Бережливой поликлиники).

Оплата внешних медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам вне медицинской организации, к которой они прикреплены, осуществляется по утвержденным Прейскурантом тарифам.

2.5.3. Порядок расчета размера средств на выплаты медицинской организации за достижение целевых значений показателей результативности деятельности, в том числе показателей результативности деятельности Бережливой поликлиники и Порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности, в том числе показателей результативности деятельности Бережливой поликлиники установлены в Положении о порядке оплаты (Приложение 2). Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки установлены Приложением 3. Перечень показателей результативности деятельности Бережливой поликлиники (включая целевые значения) установлен Приложением 3.1.

Доля основной части дифференцированного подушевого норматива составляет 98%, стимулирующей части (за выполнение показателей результативности деятельности) - 2%, в том числе за выполнение показателей результативности деятельности Бережливой поликлиники – 0,5%.

2.5.4. Порядок оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи, устанавливается Положением о порядке оплаты.

### 3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

#### 3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

3.1.1. Средний норматив финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС в Томской области, в расчете на 1 застрахованное лицо, определённый на основе нормативов

объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных областной Программой, составляет 4 738,7 рублей.

3.1.2. Базовый подушевой норматив для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации составляет 160,56 руб. на 1 застрахованное лицо в месяц.

3.1.3. Половозрастные коэффициенты для расчета дифференцированных подушевых нормативов установлены **Приложением 4**.

3.1.4. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации установлены **Приложением 5**, размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов установлен **Приложением 6**, тарифы на оплату неотложной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области, - **Приложением 7**, тарифы на оплату стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области, - **Приложением 8**.

3.1.5. Тарифы на оплату отдельных лечебных и (или) лечебно-диагностических услуг, оказанных в амбулаторных условиях, в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением 9**.

3.1.6. Доля заработной платы в стоимости услуги диализа установлена **Приложением 10**.

3.1.7. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в отделениях приемного покоя, в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением 11**.

3.1.8. Прейскурант тарифов на оплату внешних медицинских услуг для проведения взаиморасчетов между медицинскими организациями (в том числе для использования при оплате внешних медицинских услуг при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара), в том числе при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованными за пределами Томской области, установлен **Приложением 12**.

3.1.9. Тарифы на оплату исследований, проводимых по направлениям врачей-онкологов первичных онкологических отделений медицинских организаций, поликлинических отделений ОГАУЗ «Томский областной онкологический диспансер» и ФГБУ СибФНКЦ ФМБА России, по направлениям врачей-гематологов, выданным пациентам с заболеваниями онкогематологического профиля, а также по направлениям, выданным детям до 18 лет врачами-специалистами, с учетом заключений врачебной комиссии, медицинских организаций, включенных в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Томской области в 2020 году, установлены **Приложением 13**.

3.1.10. Тарифы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерная томография; магнитно-резонансная томография; ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы; эндоскопические диагностические исследования; гистологические исследования и молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии), в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области установлены **Приложением 14**.

3.1.11. Тарифы на оплату комплексного посещения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, тарифы на оплату комплексного посещения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронажную семью, установлены **Приложением 15**.

3.1.12. Тарифы на оплату комплексного посещения профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, в том числе при проведении медицинских осмотров лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением 16**.

3.1.13. Тарифы на оплату комплексного посещения первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе при проведении диспансеризации лицам, застрахованным за пределами Томской области, тарифы на оплату отдельных лечебных, диагностических медицинских услуг II этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения установлены **Приложением 17**.

3.1.14. Тарифы на оплату комплексного посещения профилактического медицинского осмотра взрослого населения, в том числе при проведении профилактических медицинских осмотров лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением 18**.

3.1.15. Прейскурант тарифов на оплату внешних медицинских услуг для проведения взаиморасчетов в рамках проведения диспансеризации и медицинских осмотров населения, установлен **Приложением 19**.

3.1.16. Тарифы на оплату акушерско-гинекологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением 20**.

### 3.2. Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

3.2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС в Томской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определённый на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных областной Программой, составляет 6 857,3 рублей.

3.2.2. Перечень клинико-статистических групп, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области, и коэффициенты относительной затратноёмкости (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях), установлены **Приложением 21**.

3.2.3. Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между кодом МКБ -10 и кодом Номенклатуры медицинских услуг, при проведении оперативного лечения, для оплаты медицинской помощи, в том числе оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях), установлен **Приложением 22**.

3.2.4. Формирование КСГ по профилю «Комбустиология» (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях) осуществляется в соответствии с **Приложением 23**.

3.2.5. Перечень групп КСГ, к которым коэффициент уровня стационара не применяется (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях), установлен **Приложением 24**.

3.2.6. Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ) для формирования КСГ по профилю «Медицинская реабилитация» (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях) установлена **Приложением 25**.

3.2.7. Шкала SOFA, определяющая отнесение к КСГ случаев лечения пациентов с органной дисфункцией (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях) установлена **Приложением 26**.

3.2.8. Шкала pSOFA, определяющая отнесение к КСГ случаев лечения пациентов младше 18 лет с органной дисфункцией (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях), установлена **Приложением 27**.

3.2.9. Особенности формирования КСГ для оплаты случаев оказания медицинской помощи при эпилепсии (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях), установлены **Приложением 28**.

3.2.10. Базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях по КСГ, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлена **Приложением 30** и составляет **22 588,95** руб.

3.2.11. Коэффициенты территориальной дифференциации для оплаты медицинской помощи по КСГ, оказанной в стационарных условиях, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением 31**.

3.2.12. Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях по КСГ, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением 32**.

3.2.13. Коэффициенты сложности лечения пациента, управленческие коэффициенты для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, по КСГ, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением 33**.

3.2.14. Стоимость законченного случая лечения при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлена **Приложением 34**.

### 3.3. Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

3.3.1. Средний норматив финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС в Томской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определённый на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных областной Программой, составляет 1 474,8 рублей.

3.3.2. Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ) для формирования КСГ по профилю «Медицинская реабилитация» (для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара) установлена **Приложением 25**.

3.3.3. Перечень клинико-статистических групп, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области, и коэффициенты

относительной затратноёмкости (для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара), установлены **Приложением 29**.

3.3.4. Базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, по КСГ, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлена **Приложением 30** и составляет – **12 525,71** рублей.

3.3.5. Коэффициенты территориальной дифференциации для оплаты медицинской помощи по КСГ, оказанной в условиях дневного стационара, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением 31**.

3.3.6. Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара по КСГ, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением 32**.

3.3.7. Управленческие коэффициенты для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, по КСГ, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области; коэффициенты сложности лечения пациента для оплаты процедуры экстракорпорального оплодотворения – установлены **Приложением 33**.

#### 3.4. Тарифы для оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

3.4.1. Средний норматив финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС в Томской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определённый на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных областной Программой, составляет 969,5 рублей.

3.4.2. Базовый подушевой норматив для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи составляет 71,13 руб. на 1 застрахованное лицо в месяц.

3.4.3. Половозрастные коэффициенты для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи установлены **Приложением 4**.

3.4.4. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо, обслуживаемое станцией скорой медицинской помощи или отделениями скорой медицинской помощи, входящими в состав медицинских организаций, установлены **Приложением 35**.

3.4.5. Стоимость вызова скорой медицинской помощи с проведением процедуры тромболизиса, а также стоимость вызова скорой специализированной медицинской помощи, включая осуществление медицинской эвакуации, в том числе при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области установлена **Приложением 36**.

3.4.6. Стоимость вызова скорой медицинской помощи в целях возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью, а также при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлена **Приложением 37**.

3.5. Тарифы на оплату медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию

3.5.1. Средний норматив финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС в Томской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определённый на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных областной Программой, составляет 3 010,5 рублей.

3.5.2. Базовый подушевой норматив для расчета подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи, составляет 168,73 руб. на 1 застрахованное лицо в месяц.

3.5.3. Половозрастные коэффициенты для расчета подушевых нормативов установлены Приложением 4.

3.5.4. Тарифы на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи, установлены Приложением 38.

3.6. Тарифы на оплату медицинской помощи в сфере ОМС, установленные настоящим Тарифным соглашением, принимаются для оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках Территориальной программы ОМС лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории Томской области, в медицинских организациях в рамках заключенных со страховыми медицинскими организациями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в пределах установленного объема предоставления медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств ОМС. Оплата медицинской помощи, оказанной на территории Томской области в рамках базовой программы ОМС лицам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации, осуществляется в порядке, установленном Правилами ОМС, по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

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

В базовый подушевой норматив для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в базовый подушевой норматив для расчета тарифов на оплату скорой медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо, обслуживаемое

станцией скорой медицинской помощи или отделениями скорой медицинской помощи, входящими в состав медицинских организаций, в базовый подушевой норматив для расчета подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи включаются расходы на финансовое обеспечение осуществления стимулирующих денежных выплат, в том числе:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

В размер средств на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта включаются расходы на финансовое обеспечение осуществления стимулирующих денежных выплат медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Медицинская организация обязана вести отдельный учет средств ОМС, том числе отдельное ведение бухгалтерского учета поступивших и израсходованных средств ОМС от других источников финансирования (бюджетного, от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности), а также по видам и условиям оказания медицинской помощи (специализированная медицинская помощь в стационарных условиях, первичная специализированная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь в условиях дневного стационара, высокотехнологичная медицинская помощь, первичная медико-санитарная помощь и первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях, скорая медицинская помощь вне медицинской организации).

Средства ОМС учитываются на отдельном лицевом счете государственными бюджетными учреждениями здравоохранения (федеральными государственными казенными учреждениями здравоохранения), открытым в установленном порядке в органе федерального казначейства или финансовом органе субъекта Российской Федерации, а также отдельном лицевом или расчетном счете государственного автономного учреждения здравоохранения, на отдельном расчетном счете медицинской организации иной формы собственности.

#### 4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи

4.1. За нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, медицинские организации несут ответственность в соответствии с законодательством РФ, условиями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

4.2. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), размеров и условий применения финансовых санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Томской области (в том числе для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации), установлен **Приложением 39.**



## 5. Заключительные положения

5.1. Отдельные особенности оплаты медицинской помощи устанавливаются Положением о порядке оплаты.

5.2. Стоимость законченного случая лечения застрахованного лица определяется по утвержденным тарифам, действующим на день выписки пациента.

5.3. Индексация тарифов на оплату медицинской помощи осуществляется исходя из фактического поступления средств в бюджет ТФОМС Томской области.

5.4. Данное Тарифное соглашение действует с 01.01.2020 до 31.12.2020 и может быть изменено или дополнено по соглашению всех сторон. Изменения и дополнения являются неотъемлемой частью настоящего соглашения с момента их подписания представителями сторон, заключивших настоящее Тарифное соглашение.

Начальник Департамента здравоохранения  
Томской области – председатель Комиссии



А.В. Холопов

Директор Территориального фонда  
обязательного медицинского страхования  
Томской области – заместитель председателя  
Комиссии



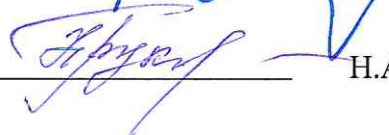
А.А. Рудко

Председатель Правления Территориального  
фонда обязательного медицинского  
страхования Томской области



И.А. Деев

Председатель Томской областной организации  
профсоюза работников здравоохранения  
Российской Федерации



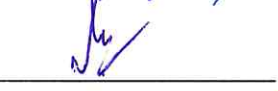
Н.А. Букреева

Заместитель начальника Департамента  
здравоохранения Томской области по  
экономике и финансам



О.Н. Тулупова

Заместитель директора филиала АО «МАКС-  
М» в г. Томске



А.А. Медведев

Член правления Томской региональной  
общественной организации  
«Академия доказательной медицины»



О.С. Кобякова

Директор Томского филиала АО «Страховая  
компания «СОГАЗ-Мед»



А.Н. Пахтусова

Председатель первичной ПО ОГАУЗ  
«Больница №2»



Н.Ф. Метелёва

Член правления Некоммерческого  
партнерства «Медицинская Палата Томской  
области»



И.Ю. Новикова