

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**  
**на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на**  
**территории Томской области на 2017 год**

г. Томск

от 30.01.2017г.

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 об оплате медицинской помощи, оказываемой в соответствии с областной Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Томской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, утвержденной постановлением Администрации Томской области от 30.12.2016 № 424а (далее – областная Программа).

**Медицинские организации – фондодержатели** (далее – МО-фондодержатели) – организации (поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, общие (семейные) врачебные практики) любой формы собственности, участвующие в реализации областной Программы обязательного медицинского страхования и имеющие прикрепившихся лиц, застрахованных по ОМС, оплата медицинской помощи которых осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу за прикрепившееся лицо, сформированному с учетом фондодержания.

**Медицинские организации – исполнители** (далее – МО-исполнители) – поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, общие (семейные) врачебные практики, дневные стационары (с 01.02.2017), оказывающие внешние медицинские услуги. МО-фондодержатель является одновременно МО-исполнителем в случае оказания внешних медицинских услуг не прикрепившимся лицам.

**Внешние медицинские услуги** – консультативные, диагностические, лечебные медицинские услуги, а также с 1 февраля 2017 года медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара застрахованным по ОМС лицам, не прикрепившимся к МО-исполнителю, по направлению МО-фондодержателя.

**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 в ОГАОУЗ «Стоматологическая поликлиника» 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).

**Фондодержание** – способ подушевого финансирования МО-фондодержателя, при котором дифференцированный подушевой норматив включает финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность МО-фондодержателя и дополнительные средства (фонды), за счет которых производятся взаиморасчеты за внешние медицинские услуги, оказанные прикрепившимся к МО-фондодержателю лицам в МО - исполнителях по тарифам для взаиморасчетов, установленным настоящим Тарифным соглашением.

**Дифференцированный подушевой норматив финансирования МО-фондодержателя с фондодержанием 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.

**Прейскурант тарифов на оплату внешних медицинских услуг для проведения взаиморасчетов в рамках фондодержания (далее - Прейскурант)** – утверждаемая в Тарифном соглашении стоимость внешних консультативных, диагностических, лечебных услуг, оказанных МО-исполнителем в амбулаторных условиях по направлению врача МО-фондодержателя или при необходимости по направлению врача-специалиста МО-исполнителя при наличии у последнего первичного направления врача МО-фондодержателя в отношении того же прикрепившегося лица, 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, являющийся приложением к программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, утвержденной постановлением Правительства РФ от 19.12.2016 № 1403 (далее – Перечень видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС), на которые установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи.

**Законченный случай лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара** - совокупность медицинских услуг в соответствии со стандартом и (или) порядком оказания медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выписки (выпуска, перевод в другое учреждение или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией, и без клинического результата (смерть пациента).

**Прерванный случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара** – случай оказания медицинской помощи с фактической длительностью лечения продолжительностью 3 дня и менее по причине перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, самовольного ухода пациента, летального исхода, проведения диагностических исследований.

**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.

## 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 с включением в тариф 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 Томской области, на территории которой 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**.

2.1.2. Дифференцированный подушевой норматив финансирования МО - фондодержателя с фондодержанием с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации включает в себя средства на собственную деятельность, дополнительные средства, за счет которых производятся взаиморасчеты за внешние медицинские услуги, оказанные прикрепившимся к фондодержателю лицам, а также средства, направляемые на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

Оплата внешних медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам вне медицинской организации прикрепления, осуществляется по утвержденным Прейскурантом тарифам.

2.1.3. Порядок расчета подушевого норматива на выплаты за достижение МО-фондодержателями целевых значений показателей результативности деятельности установлен Положением о порядке оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования на территории Томской области на 2017 год (далее – Положение о порядке оплаты) (**Приложение 2**). Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки установлены **Приложением 3**.

Доля основной части дифференцированного подушевого норматива составляет 95%, стимулирующей части (за выполнение показателей результативности деятельности) - 5%.

2.1.4. При расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций - фондодержателей 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, в 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 оплату законченных случаев диспансеризации и профосмотров;
- на оплату отдельных диагностических, лечебных и (или) лечебно-диагностических амбулаторных услуг;
- на осуществления денежных выплат врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей педиатров участковых, медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей), медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов, за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

2.1.5. При расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций - фондодержателей применяются половозрастные коэффициенты дифференциации по структуре прикрепившихся лиц, коэффициенты дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов в составе медицинской организации, общеврачебных практик и врачебных амбулаторий, территориально расположенных за пределами населенного пункта, где находится головная медицинская организация, медицинских кабинетов в образовательных учреждениях, кабинетов онкологов), коэффициентов дифференциации по уровню расходов на содержание имущества, 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, оплачиваются за каждое посещение в пределах плановых объемов и стоимости.

2.1.7. Медицинская помощь в центрах здоровья, профилактические осмотры, 1 этап диспансеризации оплачиваются за законченный случай в пределах плановых объемов и стоимости. Если объем выполненных в рамках 1 этапа диспансеризации и учтенных осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема осмотров и исследований 1 этапа диспансеризации, оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования, мероприятия). Оплата 2 этапа диспансеризации 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. Финансовое обеспечение осуществления денежных выплат врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практик (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, медицинским сестрам участковым врачей-педиатров участковых, медицинским сестрам врачей общей практики

(семейных врачей), медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов, за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляется по подушевым нормативам на финансовое обеспечение осуществления денежных выплат за каждое прикрепившееся застрахованное лицо.

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

2.2. Оплата медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, осуществляется:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в клинико-статистическую группу заболеваний;

- за законченный случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи, стоимость которого рассчитывается на основании норматива финансовых затрат, установленного постановлением Правительства РФ от 19.12.2016 № 1403 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».

- за прерванный случай лечения без проведения хирургических операций и (или) применения других медицинских технологий длительностью:

- до 1-го дня включительно (за исключением исхода «смерть», перевода пациента в другую медицинскую организацию, кроме случаев, предусмотренных пунктом 39 Положения о порядке оплаты, оказания медицинской помощи с целью исключения диагноза «менингит» с проведением спинномозговой пункции по коду Номенклатуры А11.23.001, случаев оказания экстренной медицинской помощи с кодом МКБ-10 I48 «Фибрилляция и трепетание предсердий») оплачиваются в размере стоимости посещения приемного покоя, а в случае отсутствия в медицинской организации приемного покоя – по стоимости посещения приемного покоя медицинских организаций, отнесенных в соответствующей территориальной группе, согласно территориальному расположению медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь;

- до 1-го дня включительно с исходом «смерть», а также с переводом пациента в другую медицинскую организацию и при оказании медицинской помощи с целью исключения диагноза «менингит» с проведением спинномозговой пункции по коду Номенклатуры А11.23.001, кроме случаев оказания экстренной медицинской помощи с кодом МКБ-10 I48 «Фибрилляция и трепетание предсердий», оплачиваются в размере 40% от стоимости законченного случая;

- 2 дня включительно (за исключением экстренной госпитализации с кодом МКБ-10 I48 «Фибрилляция и трепетание предсердий») оплачиваются в размере 20% от стоимости законченного случая;

- 3 дня включительно оплачиваются в размере 30% от стоимости законченного случая;

- от 1-го дня до 2-х дней включительно при оказании экстренной медицинской помощи с кодом МКБ-10 I48 «Фибрилляция и трепетание предсердий» оплачиваются в размере 30% от стоимости законченного случая.

В случае оказания пациенту медицинской помощи с проведением хирургической операции, 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 90% от стоимости законченного случая за исключением следующих случаев лечения, оплачиваемых в полном объеме независимо от длительности лечения:

КСГ № 2 «Осложнения, связанные с беременностью»,

КСГ № 3 «Беременность, закончившаяся абортным исходом»,

КСГ № 4 «Родоразрешение»,

КСГ № 5 «Кесарево сечение»,  
КСГ № 11 «Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)»,  
КСГ № 12 «Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)»,  
КСГ № 16 «Ангионевротический отек, анафилактический шок»,  
КСГ № 84 «Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина»,  
КСГ № 97 «Сотрясение головного мозга»,  
КСГ № 146 «Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы»,  
КСГ № 154 «Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)»,  
КСГ № 155 «Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)»,  
КСГ № 159 «Замена речевого процессора»,  
КСГ № 160 «Операции на органе зрения (уровень 1)»,  
КСГ № 161 «Операции на органе зрения (уровень 2)»,  
КСГ № 185 «Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы»,  
КСГ № 206 «Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)»,  
КСГ № 258 «Доброкачественные новообразования, новообразования *in situ* кожи, жировой ткани»,  
КСГ № 187 «Операции на органах полости рта (уровень 1)»,  
КСГ № 300 «Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина»,  
КСГ № 302 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии»,  
КСГ № 306 «Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов».

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

2.2.2. В случае перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое отделение этой же медицинской организации до момента окончания оказания медицинской помощи, с заболеванием одного класса МКБ-10, законченный случай лечения данного пациента оплачивается в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшей стоимостью лечения.

При переводе пациента из отделения «нефрология» в отделение «гемодиализ», по решению нефрологической комиссии, оба случая подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ.

Случаи лечения в отделениях патологии беременности (кроме случаев лечения на койках сестринского ухода) длительностью 5 дней и менее с последующим переводом в акушерские отделения оплачиваются как один законченный случай по отделению выписки без применения коэффициента сложности лечения пациента, а с длительностью свыше 5 дней – с применением коэффициента сложности лечения пациента.

2.2.3. 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 из отделения патологии беременных (койки сестринского ухода) в акушерское отделение и 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 41 Положения о порядке оплаты

2.2.4. Сверхдлительные случаи лечения пациентов с хронической почечной недостаточностью более 1 месяца с проведением диализа в стационарных условиях включаются в реестры счетов один раз в два месяца.

Иные сверхдлительные случаи медицинской помощи в стационарных условиях с продолжительностью лечения более 60 койко-дней, а по КСГ № 105 «Малая масса тела при рождении, недоношенность» и КСГ № 106 «Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость» - более 45 койко-дней предъявляются на оплату после выписки пациента. При оплате указанных случаев применяется коэффициент сложности лечения пациента.

2.2.5. Объем финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, оплачиваемую по клинико-статистическим группам, определяется с учетом:

- базовой ставки финансового обеспечения медицинской помощи в стационарных условиях;
- коэффициента относительной затратноемкости по КСГ;
- управленческого коэффициента по КСГ;
- коэффициент подуровня, выделяемого в составе уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации;
- коэффициента территориальной дифференциации медицинской организации;
- коэффициента сложности лечения пациента;
- объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии на текущий год.

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

2.3. Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, осуществляется:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в клинико-статистическую группу заболеваний;
- за прерванный случай лечения без проведения хирургических операций и (или) применения других медицинских технологий, длительностью:
  - 2 дня включительно оплачиваются в размере 20% от стоимости одного законченного случая лечения в дневном стационаре по КСГ;
  - 3 дня включительно оплачиваются в размере 30% от стоимости одного законченного случая лечения в дневном стационаре по КСГ.

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

2.3.2. Прерванные случаи лечения без проведения хирургических операций и (или) применения других медицинских технологий, длительностью до 1-го дня включительно не оплачиваются;

Прерванные случаи лечения с проведением хирургических операций и (или) применением других медицинских технологий оплачиваются полностью вне зависимости от длительности лечения.

2.3.3. Объем финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в условиях дневного стационара, оплачиваемую по клинико-статистическим группам, определяется с учетом:

- базовой ставки финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара;
- коэффициента относительной затратоемкости по КСГ;
- коэффициента территориальной дифференциации медицинской организации;
- объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии на текущий год.

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 на каждое обслуживаемое застрахованное лицо;
- за проведение услуги тромболитика застрахованным лицам, в части стоимости лекарственного обеспечения процедуры тромболитика.

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.

### 3. Размер 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 4 480,9 рублей.

3.1.2. Базовый подушевой норматив для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи с фондодержанием с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации составляет 143,04 руб. на 1 застрахованное лицо в месяц.

3.1.3. Базовый подушевой норматив для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи с фондодержанием, оказанной в женских консультациях, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации в расчете на 1 застрахованное лицо в месяц составляет 31,73 руб.

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

3.1.5. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, с фондодержанием с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации установлены **Приложением 5**, тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в женских консультациях (кабинетах приема врача акушера-гинеколога) с

фондодержанием установлены **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**.

3.1.6. 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**.

3.1.7. 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 10**.

3.1.8. Прейскурант тарифов на оплату внешних медицинских услуг для проведения взаиморасчетов в рамках фондодержания (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 11**.

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 2017 году, установлены **Приложением 12**.

3.1.10. Тарифы на оплату законченного случая диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, установлены **Приложением 13**.

3.1.11. Тарифы на оплату законченного случая медицинского осмотра несовершеннолетних, в том числе при проведении медицинских осмотров лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением 14**.

3.1.12. Тарифы на оплату законченного случая первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе при проведении диспансеризации лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением 15**.

3.1.13. Тарифы на оплату законченного случая профилактического медицинского осмотра взрослого населения, в том числе при проведении профилактических медицинских осмотров лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением 16**.

3.1.14. Прейскурант тарифов на оплату внешних медицинских услуг для проведения взаиморасчетов в рамках проведения диспансеризации и медицинских осмотров населения, установлен **Приложением 17**.

3.1.15. Тарифы на оплату акушерско-гинекологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением 18**.

3.1.16. Тарифы на финансовое обеспечение осуществления денежных выплат врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей педиатров участковых, медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей), медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов, за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, установлены **Приложением 19**.

### 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 5 596,8 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 затратоемкости (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях), установлены **Приложением 20**.

3.2.3. Распределение кодов Номенклатуры медицинских услуг по КСГ, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях), установлено **Приложением 21**.

3.2.4. Распределение кодов МКБ-10 по КСГ, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях), установлено **Приложением 22**.

3.2.5. Распределение кодов МКБ - 10, определяющих отнесение к КСГ "Политравма" по анатомическим областям (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях), установлено **Приложением 23**.

3.2.6. Отдельные случаи отнесения кода МКБ - 10 и кода Номенклатуры медицинских услуг, исключаяющие выбор КСГ 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), установлены **Приложением 24**.

3.2.7. Распределение кодов МКБ - 10 и кодов Номенклатуры медицинских услуг по КСГ, в т.ч. для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях), установлены **Приложением 25**.

3.2.8. Формирование КСГ по профилю "Комбустиология" (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях) осуществляется в соответствии с **Приложением 26**.

3.2.9. Перечень групп КСГ, к которым коэффициент уровня стационара не применяется (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях), установлен **Приложением 27**.

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 32** и составляет – 15 788,22 руб.

3.2.11. Коэффициенты территориальной дифференциации для оплаты медицинской помощи по КСГ, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением 33**.

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 34**.

3.2.13. Коэффициенты сложности лечения пациента 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 35**.

3.2.14. Стоимость законченного случая лечения при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлена **Приложением 36**.

### 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 977,5 рублей.

3.3.2. Перечень клинко-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 28**.

3.3.3. Распределение кодов Номенклатуры медицинских услуг по КСГ, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области (для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара), установлено **Приложением 29**.

3.3.4. Распределение кодов МКБ-10 по КСГ, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области (для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара), установлено **Приложением 30**.

3.3.5. Распределение кодов МКБ - 10 и кодов Номенклатуры медицинских услуг по КСГ, в т.ч. для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области (для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара), установлены **Приложением 31**.

3.3.6. 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 32** и составляет - 8 938,49 рублей.

3.3.7. Коэффициенты территориальной дифференциации для оплаты медицинской помощи по КСГ, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области, 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 821,2 рублей.

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

3.4.3. 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 37**.

3.4.4. Стоимость вызова скорой медицинской помощи в части стоимости лекарственного обеспечения процедуры тромболитика установлена **Приложением 38**.

3.4.5. 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 39**.

3.4.6. Тарифы на финансовое обеспечение осуществления денежных выплат врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации установлены **Приложением 19**.

#### 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 финансовых санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Томской области, установлен **Приложением 40**.

## 5. Заключительные положения

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

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

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

6.4. Данное Тарифное соглашение действует с 01.01.2017 до 31.12.2017 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



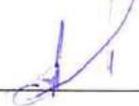
А.В. Холопов

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



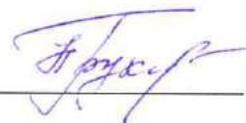
В.Г. Козлов

Председатель Правления Территориального  
фонда обязательного медицинского страхования  
Томской области



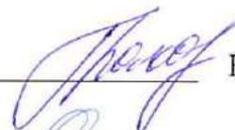
Ч.М. Акатаев

Председатель Томской областной организации  
профсоюза работников здравоохранения  
Российской Федерации



Н.А. Букреева

Председатель Некоммерческого  
партнерства «Медицинская Палата Томской  
области»



В.Н. Грахов

Заместитель председателя финансово-  
экономического комитета Департамента  
здравоохранения Томской области



И.Г. Ильина

Директор филиала ЗАО «МАКС-М» в г.Томске



М.В. Киселёв

Член правления Томской региональной  
общественной организации  
«Академия доказательной медицины»



О.С. Кобякова

Исполнительный директор Томского филиала АО  
«Страховая компания «СОГАЗ-Мед»



И.А. Линок

Председатель первичной ПО ОГАУЗ «Больница  
№2»



Н.Ф. Метелёва