

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на
территории Томской области на 2019 год

г. Томск

от 29.12.2018г.

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, оказываемой в соответствии с областной Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Томской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, утвержденной постановлением Администрации Томской области от 29.12.2018 № 508а (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 которым 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, 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 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 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 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, утвержденной постановлением Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 (далее – Перечень видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС), на которые установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема 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 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, 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, st15.008, st15.009, st16.005, st19.027, st19.028, st19.029, st19.030, st19.031, st19.032, st19.033, st19.034, st19.035, st19.036,

st19.038, st20.005, st20.006, st20.010, st21.001, st21.002, st21.003, st21.004, st21.005, st21.006, st25.004, st27.012, st31.017, st34.002, st36.001, st36.003, st36.007, а также случаев, оказываемых в условиях дневного стационара по КСГ № ds02.001, 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, 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.

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 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**.

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, дополнительные средства, за счет которых производятся взаиморасчеты за медицинскую помощь, оказанную в условиях дневного стационара, 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 2019 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 93%, стимулирующей части (за выполнение показателей результативности деятельности) - 7%.

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 профилактических осмотров;
- на оплату отдельных диагностических, лечебных и (или) лечебно-диагностических амбулаторных услуг;
- на осуществление 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 медицинских организаций, 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 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 законченный случай в пределах плановых объемов и стоимости. Если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации определенных групп взрослого населения, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола пациента, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации и учтенных осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации, оплате подлежат

только выполненные осмотры (исследования, мероприятия). Оплата 2 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения осуществляется в соответствии с Положением о порядке оплаты. Оплата расходов по проведению исследований в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, проводимой с периодичностью 1 раз в 2 года, производится за фактическое количество диагностических услуг.

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 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 10.12.2018 № 1506 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».

- за прерванный случай лечения без проведения хирургических операций и (или) тромболитической терапии длительностью:

-до 3-х дней включительно оплачиваются в размере 30% от стоимости законченного случая;

- свыше 3-х дней оплачиваются в 100% размере.

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 № 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 № st19.027 «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 № 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 № st31.017 «Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи»,

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».

* - 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) составила более 3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, 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. 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, 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 41 Положения о порядке оплаты.

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 41 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;
- родовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

При переводе пациента из отделения «нефрология» в отделение «гемодиализ», по решению нефрологической комиссии, оба случая подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ. При этом, если один случай лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с пунктом 2.2 настоящего Тарифного соглашения.

Случаи лечения в отделениях патологии беременности длительностью 5 дней и менее с последующим переводом в акушерские отделения 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;

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

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

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

2.2.3. Сверхдлительные случаи медицинской помощи в стационарных условиях с продолжительностью лечения более 30 дней, а по перечню КСГ, установленному **Приложением 40**, - более 45 дней предъявляются на оплату после выписки пациента. При оплате указанных случаев применяется коэффициент сложности лечения пациента.

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, осуществляется:

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

- за прерванный случай лечения без проведения хирургических операций и (или) тромболитической терапии, длительностью:

- до 3-х дней включительно оплачиваются в размере 30% от стоимости законченного случая;

- свыше 3-х дней оплачиваются в 100% размере.

2.3.1. Перечень КСГ, к которым относятся случаи лечения, оплачиваемые в полном объеме независимо от длительности лечения, установлен пунктом 65 Положения о порядке оплаты.

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 65 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 – 100%.

2.3.2. 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, 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 64 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 на каждое обслуживаемое застрахованное лицо;
- за проведение услуги тромболизиса застрахованным лицам, в части стоимости лекарственного обеспечения процедуры тромболизиса;
- за вызов скорой специализированной медицинской помощи, включая осуществление медицинской эвакуации.

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 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 5 565,8 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 172,21 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 41,24 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. Доля заработной платы в стоимости услуги диализа установлена **Приложением 10**.

3.1.8. 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**.

3.1.9. Прејскурант 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 12**.

3.1.10. 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 2019 году, установлены **Приложением 13**.

3.1.11. Тарифы на оплату законченного случая диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, тарифы на оплату законченного случая 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 14**.

3.1.12. Тарифы на оплату законченного случая профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, в том числе при проведении медицинских осмотров лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением 15**.

3.1.13. Тарифы на оплату законченного случая 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 I и II этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения установлены **Приложением 16**.

3.1.14. 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 17**.

3.1.15. Прејскурант тарифов на оплату внешних медицинских услуг для проведения взаиморасчетов в рамках проведения диспансеризации и медицинских осмотров населения, установлен **Приложением 18**.

3.1.16. Тарифы на оплату акушерско-гинекологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением 19**.

3.1.17. Тарифы на финансовое обеспечение 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 20**.

3.1.18. Размеры надбавок стимулирующего характера 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 (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях; врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации установлены **Приложением 21**.

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 7 560,5 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 22**.

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 23**.

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 24**.

3.2.5. Распределение кодов МКБ - 10, определяющих отнесение к КСГ st29.007 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)» по анатомическим областям (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях), установлено **Приложением 25**.

3.2.6. 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 26**.

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 27**.

3.2.8. Справочник МНН лекарственных препаратов (сочетания МНН лекарственных препаратов), применяемых в сочетании с лучевой терапией, с указанием для каждой позиции номеров КСГ, к которым может быть отнесен случай госпитализации с применением данного МНН лекарственного препарата (сочетания МНН лекарственных препаратов) (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях), установлен **Приложением 28**.

3.2.9. Формирование КСГ по профилю «Комбустиология» (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях) осуществляется в соответствии с **Приложением 29**.

3.2.10. Перечень групп КСГ, к которым коэффициент уровня стационара не применяется (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях), установлен **Приложением 30**.

3.2.11. Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ) для формирования КСГ по профилю «Медицинская реабилитация» (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях) установлена **Приложением 31**.

3.2.12. Шкала SOFA, определяющая отнесение к КСГ случаев лечения пациентов с органной дисфункцией (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях) установлена **Приложением 32**.

3.2.13. Шкала pSOFA, определяющая отнесение к КСГ случаев лечения пациентов младше 18 лет с органной дисфункцией (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях), установлена **Приложением 33**.

3.2.14. Схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворных тканей) с указанием для каждой схемы номера КСГ (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях) установлены **Приложением 34**.

3.2.15. 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 41** и составляет – **21 059,91 руб.**

3.2.16. 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 42**.

3.2.17. 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 43**.

3.2.18. 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 44**.

3.2.19. Стоимость законченного случая лечения при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлена **Приложением 45**.

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 1 625,8 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 31**.

3.3.4. 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 условиях дневного стационара), установлены **Приложением 35**.

3.3.5. 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 36**.

3.3.6. 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 37**.

3.3.7. 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 условиях дневного стационара), установлены **Приложением 38**.

3.3.8. Схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворных тканей) с указанием для каждой схемы номера КСГ (для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара), установлены **Приложением 39**.

3.3.9. Справочник МНН лекарственных препаратов (сочетания МНН лекарственных препаратов), применяемых в сочетании с лучевой терапией, с указанием для каждой позиции номеров КСГ, к которым может быть отнесен случай госпитализации с применением данного МНН лекарственного препарата (сочетания МНН лекарственных препаратов) (для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара), установлены **Приложением 40**.

3.3.10. 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 41** и составляет – **11 559,70** рублей.

3.3.11. 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 42**.

3.3.12. 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 44**.

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 949,5 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 46**.

3.4.4. Стоимость вызова скорой медицинской помощи в части стоимости лекарственного обеспечения процедуры тромболизиса установлена **Приложением 47**.

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 48**.

3.4.6. 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 49**.

3.4.7. Тарифы на финансовое обеспечение денежных выплат врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации установлены **Приложением 20**.

3.5. 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.

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, 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 (федерального государственного казенного учреждения здравоохранения), открытом 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 50**.

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 01.01.2019 до 31.12.2019 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



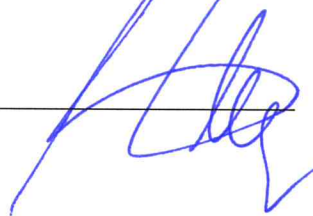
А.В. Холопов

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



А.А. Рудко

Председатель Правления Территориального
фонда обязательного медицинского
страхования Томской области



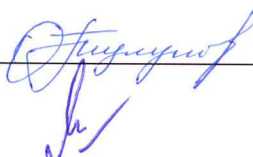
И.А. Деев

Председатель Томской областной организации
профсоюза работников здравоохранения
Российской Федерации



Н.А. Букрева

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