

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на
территории Томской области на 2022 год

г. Томск

от 27.01.2022 г.

1. Общие положения

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», Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505, областной Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Томской области на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Администрации Томской области от 30.12.2021 № _____ (далее – областная Программа), руководствуясь Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденными приказом Минздрава России от 29.12.2020 №1397н, заключили настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Томской области на 2022 год.

2. Способы оплаты медицинской помощи, установленные областной Программой

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

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности, медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), установленных **Приложением №3** к настоящему Тарифному соглашению, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) используется при оплате:

медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

углубленной диспансеризации;

- по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации.

Способ оплаты по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации, используемый при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 №543н.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности, медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, устанавливается Положением о порядке оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования на территории Томской области на 2022 год (далее – Положение о порядке оплаты) (**Приложение 2**).

2.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) (за исключением медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по КСГ и оплачиваемой по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), осуществляется:

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ));

- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь, по объективным причинам, оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам

заболеваний, состояний, приведенных в пунктах № 4.9, 5.11 Приложения № 2 к Тарифному соглашению;

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

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

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);
- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в пунктах № 4.9, 5.11 Приложения № 2 к Тарифному соглашению.

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

2.4. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется:

- по подушевому нормативу финансирования;
- за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

Порядок оплаты скорой медицинской помощи устанавливается Положением о порядке оплаты.

2.5. Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских,

фельдшерско-акушерских пунктов), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи).

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

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

2.6. Способы оплаты медицинской помощи, используемые при оплате медицинской помощи, оказываемой каждой медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Томской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи, установлены **Приложением 1.**

3. Тарифы на оплату медицинской помощи

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи):

3.1.1. Средний подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, применяемый при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС на территории Томской области, в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 7 305,90 рублей.

3.1.2. Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, исключаяющий влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, составляет 2 168,00 рублей.

3.1.3. Подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), а также значения применяемых для их расчета коэффициентов:

1) специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией, учитывающий: уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше;

наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

проведение медицинской организацией профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц;

- 2) дифференциации по территориям оказания медицинской помощи;
 - 3) уровня медицинской организации,
- установлены **Приложением 4**.

3.1.4 Половозрастные коэффициенты дифференциации для расчета коэффициента специфики оказания медицинской помощи установлены **Приложением 5**.

3.1.5. Средний и базовый подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включают расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, за исключением:

- расходов на оплату диализа в амбулаторных условиях;
- расходов на оплату медицинской реабилитации в амбулаторных условиях;
- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;
- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;
- расходов на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;
- расходов на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);
- расходов на оказание стоматологической медицинской помощи;
- расходов на оплату проведения отдельных лечебных, лечебно-диагностических услуг, оплачиваемых за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай);
- расходов на оплату исследований и других медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19, за исключением рентгенографии органов грудной клетки, приема (осмотра) врачом-терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики).

3.1.6. Порядок расчета размера средств на выплаты медицинской организации за достижение целевых значений показателей результативности деятельности и Порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности, установлены Положением о порядке оплаты (Приложение 2). Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, при выполнении территориальной программы ОМС в Томской области в части первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи-и критерии их оценки установлены Приложением 3.

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

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай):

3.1.7. Базовые нормативы финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, составляют:

- на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров – 2 802,1 рубля;

- на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний, - 3 464,6 рубля;
- на 1 комплексное посещение для проведения углубленной диспансеризации 1 414,3 рубля.
- на 1 исследование - компьютерная томография – 2 802,8 рубля;
- на 1 исследование - магнитно-резонансная томография – 3 989,0 рублей;
- на 1 исследование - ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы – 693,2 рубля;
- на 1 исследование - эндоскопическое диагностическое исследование – 1 144,8 рубля;
- на 1 исследование - молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний – 11 362,4 рубля;
- на 1 исследование - патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 1 369,1 рублей;
- на 1 исследование - тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 534,1 рубля;
- на 1 комплексное обращение при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» - 25 629,4 рублей.

3.1.8. Размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, и рассчитываемые на их основе тарифы на оплату медицинской помощи за единицу объема ее оказания установлены приложениями к Тарифному соглашению, устанавливающими указанные тарифы:

- 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 6.**

- Тарифы на оплату стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области, - **Приложением 7.**

- 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 8.**

- Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по медицинской реабилитации, установлены **Приложением 9.**

- 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.**

- Тарифы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерная томография; магнитно-резонансная томография; ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы; эндоскопические диагностические исследования; молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)), в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области установлены **Приложением 11.**

- Тарифы на оплату медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи (в том числе для оплаты медицинских услуг при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара), применяемые при межучрежденческих и межтерриториальных расчетах, установлены **Приложением 12.**

- 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 2022 году, установлены **Приложением 13.**

- Тарифы на оплату комплексного посещения в рамках диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, тарифы на оплату комплексного посещения в рамках диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронажную семью, применяемые при межучрежденческих и межтерриториальных расчетах, установлены **Приложением 14.**

- Тарифы на оплату комплексного посещения в рамках профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, в том числе при проведении медицинских осмотров лицам, застрахованным за пределами Томской области и тарифы на оплату отдельных осмотров врачами-специалистами и исследований в рамках комплексного посещения профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, применяемые при межучрежденческих и межтерриториальных расчетах, установлены **Приложением 15.**

- Тарифы на оплату комплексного посещения в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе при проведении диспансеризации лицам, застрахованным за пределами Томской области, тарифы на оплату отдельных лечебных, диагностических медицинских услуг II этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, применяемые при межучрежденческих и межтерриториальных расчетах, установлены **Приложением 16.**

- Тарифы на оплату комплексного посещения в рамках профилактического медицинского осмотра взрослого населения, в том числе при проведении профилактических медицинских осмотров лицам, застрахованным за пределами Томской области, применяемые при межучрежденческих и межтерриториальных расчетах, установлены **Приложением 17.**

- Тарифы на оплату медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи в рамках проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения, применяемые при межучрежденческих и межтерриториальных расчетах, установлены **Приложением 18.**

- Тарифы на оплату углубленной диспансеризации для граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19), в том числе при проведении углубленной диспансеризации лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены в **Приложении №19.**

- Тарифы на оплату медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи при проведении углубленной диспансеризации для граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19), применяемые для межучрежденческих и межтерриториальных расчетов, установлены в **Приложении №20.**

- Тарифы на оплату акушерско-гинекологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением 21;**

по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации:

3.1.9. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, в том числе применяемые для его расчета базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, установлены **Приложением 22**.

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), и в условиях дневного стационара

3.2.1. Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях к базовой ставке, исключаящий влияние применяемых коэффициентов относительной затратноёмкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации и коэффициента сложности лечения пациентов, составляющие не ниже 65 % от значения норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях, установленного областной Программой, составляет 0,65.

Средний норматив финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях, составляет 51 819,70 рубля;

Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара к базовой ставке, исключаящий влияние применяемых коэффициентов относительной затратноёмкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации и коэффициента сложности лечения пациентов, составляющие не ниже 60 % от значения норматива финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневного стационара, установленного областной Программой, составляет 0,6.

Средний норматив финансовых затрат на 1 случай госпитализации в условиях дневного стационара, составляет 31 773,85 рублей;

3.2.2. Коэффициенты относительной затратноёмкости оказания медицинской помощи по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ, применяемые в разрезе условия оказания медицинской помощи:

- в стационарных условиях, установлены **Приложением 23**,
- в условиях дневного стационара, установлены **Приложением 30**.

3.2.3. Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между кодом МКБ - 10 и кодом Номенклатуры медицинских услуг, при проведении оперативного лечения, для оплаты медицинской помощи, в том числе оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях), установлен **Приложением 24**.

3.2.4. Формирование КСГ по профилю «Комбустиология» (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях) осуществляется в соответствии с **Приложением 25**.

3.2.5. Справочник кодов иных классификационных критериев, используемых для отнесения случая госпитализации/лечения к определенным КСГ, установлен **Приложением 26**.

3.2.6. Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ) для формирования КСГ по профилю «Медицинская реабилитация» установлена **Приложением 27**.

3.2.7. Шкала SOFA, определяющая отнесение к КСГ случаев лечения пациентов с органной дисфункцией (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях) установлена **Приложением 28**.

3.2.8. Шкала pSOFA, определяющая отнесение к КСГ случаев лечения пациентов младше 18 лет с органной дисфункцией (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях), установлена **Приложением 29**.

3.2.9. Особенности формирования КСГ для оплаты случаев оказания медицинской помощи при эпилепсии (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях), установлены **Приложением 31**.

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 24 493,23 рубля.

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 13 915,65 рублей.

3.2.11. Коэффициенты дифференциации по территории оказания медицинской помощи для оплаты медицинской помощи по КСГ, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением 33**.

3.2.12. Коэффициенты уровня медицинской организации по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ, для оплаты медицинской помощи по КСГ, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением 34**.

3.2.13. Коэффициенты сложности лечения пациента, коэффициенты специфики оказания медицинской помощи для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, по КСГ, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением 35**.

3.2.14. Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области; доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи установлены **Приложением 36**.

3.2.15. Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ установлены **Приложением 37**.

3.2.16. Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, установлен **Приложением 41**.

3.2.17. Перечень КСГ, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, установлен **Приложением 42**.

3.2.18. Перечень схем лекарственной терапии для оплаты медицинской помощи при противоопухолевой лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), установлены **Приложение 43**.

3.2.18. Размеры оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара:

- 1) при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии:
- при длительности лечения 3 дня и менее - 80% от стоимости законченного случая,

- при длительности лечения более 3 дней - 100% от стоимости законченного случая;
- 2) при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии:
- при длительности лечения 3 дня и менее - 30% от стоимости законченного случая,
- при длительности лечения более 3 дней - 80% от стоимости законченного случая.

3.2. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

3.3.1. Средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС в Томской области, в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 1 146,30 рублей.

3.3.2 Базовый подушевой норматив финансирования, применяемый при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, исключая влияние применяемых коэффициентов уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за вызов скорой медицинской помощи составляет 780,63 рубля.

3.3.3. Средний и базовый подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включают расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорой (специализированной) медицинской помощи, оказываемой в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

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

- расходов на оплату скорой медицинской помощи, оплата которой осуществляется за вызов скорой помощи.

3.3.4. Половозрастные коэффициенты дифференциации для расчета коэффициента специфики оказания медицинской помощи установлены **Приложением 5**.

3.3.5. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в расчете на 1 застрахованное лицо, обслуживаемое станцией скорой медицинской помощи или отделениями скорой медицинской помощи, входящими в состав медицинских организаций, а также применяемые для их расчета коэффициенты специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования, коэффициенты дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, установлены **Приложением 38**.

3.3.6. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, в рамках Территориальной программы ОМС на территории Томской области, установлены **Приложением 39**.

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

3.4.1. Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации включая показатели объема медицинской помощи, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную

помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, а также неотложную медицинскую помощь, за исключением:

- расходов на оплату диализа в амбулаторных условиях;
- расходов на оплату медицинской реабилитации в амбулаторных условиях;
- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;
- расходов на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;
- расходов на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);
- расходов на оказание стоматологической медицинской помощи в части посещений с профилактическими и иными целями, обращений в связи с заболеванием;
- расходов на оплату проведения отдельных лечебных, лечебно-диагностических услуг, оплачиваемых за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай).

3.4.2. Половозрастные коэффициенты дифференциации для расчета коэффициента специфики оказания медицинской помощи установлены Приложением 5.

3.4.3. Тарифы на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи, установлены **Приложением 40**.

3.4.4. Порядок расчета размера средств на выплаты медицинской организации за достижение целевых значений показателей результативности деятельности (включая показатели объема медицинской помощи) и Порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (включая показатели объема медицинской помощи), установлены в Положении о порядке оплаты (Приложение 2). Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, при выполнении территориальной программы ОМС в Томской области, в части первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи и критерии их оценки, установлены **Приложением 3**.

Доля основной части подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, составляет 95%, стимулирующая часть (за выполнение показателей результативности деятельности) - 5%.

3.5. Тарифы на оплату медицинской помощи в сфере ОМС, установленные настоящим Тарифным соглашением, принимаются для оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках областной Программы лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории Томской области, в медицинских организациях в рамках заключенных 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 частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В базовый подушевой норматив для расчета подушевых нормативов финансирования медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в базовый подушевой норматив для расчета тарифов на оплату скорой медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо, обслуживаемое станцией скорой медицинской помощи или отделениями скорой медицинской помощи, входящими в состав медицинских организаций, в базовый подушевой норматив для расчета подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи включаются расходы на финансовое обеспечение осуществления стимулирующих денежных выплат, в том числе:

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

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

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

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

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

4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках Программы, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с пунктом 9.1 части 1 статьи 7 Федерального закона № 326-ФЗ; размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи по перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи; размеры штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи, установлены **Приложением 42**.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение заключается на 2022 год и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение 2022 года.

5.2. В настоящее Тарифное соглашение могут быть внесены изменения и дополнения:

а) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Томской области, в части включения (исключения) медицинских организаций;

б) в случае необходимости дополнения (исключения) сведений, предусмотренных в разделах 2 и 3 настоящего Тарифного соглашения, для медицинских организаций, объемы предоставления медицинской помощи по которым изменяются;


в) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;

г) при внесении изменений в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Минздрава России от 29.12.2020 №1397н, приводящие к изменению структуры и содержания настоящего Тарифного соглашения;

д) при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

е) при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации решений, приводящих к необходимости внесения изменений в тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

Начальник Департамента здравоохранения
Томской области – председатель Комиссии


С.В. Дмитриев

Председатель Правления Территориального фонда
обязательного медицинского страхования Томской
области


А.Н. Левко

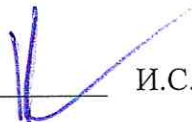
Председатель Томской областной организации
профсоюза работников здравоохранения
Российской Федерации


Н.А. Букрева

Председатель Некоммерческого партнерства
«Медицинская Палата Томской области»


В.Н.Грахов

Член Томской региональной общественной
организации «Ассоциация заслуженных врачей


И.С. Квач

Заместитель начальника Департамента
здравоохранения Томской области по экономике и
финансам


М.С. Макарова

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



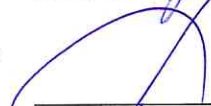
А.А. Медведев

Председатель первичной профсоюзной организации ОГАУЗ «Светленская РБ»



Н.М. Орлова

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



А.Н. Пахтусова

И.о.директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Томской области – секретарь Комиссии



С.Н. Старкова