

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

г. Тула

от 26.01.2023

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

от министерства здравоохранения Тульской области:

- заместитель председателя Правительства Тульской области – министр здравоохранения Тульской области - Марков Д.С.

-

-

от территориального фонда обязательного медицинского страхования Тульской области:

- директор территориального фонда обязательного медицинского страхования Тульской области - Тулянкин Ю.В.

- заместитель директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Тульской области - Красноперова Ю.С.

от страховых медицинских организаций:

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

- директор Тульского филиала ООО "АльфаСтрахование-ОМС" - Фетисов С.В.

от тульской областной медицинской ассоциации:

- представитель Тульской областной медицинской ассоциации - Савищева А.А.

- представитель Тульской областной медицинской ассоциации - Макарова Е.С.

от тульской областной организации профессионального союза медицинских работников:

- председатель Тульской областной организации профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации - Богомолова Т.Г.

- заместитель председателя Тульской областной организации профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации - Сотник О.Н.

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

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Тарифное соглашение разработано в соответствии с:

- Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон № 323-ФЗ);

- Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон № 326-ФЗ);

- Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2022 № 2497 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов" (далее - Программа);

- постановлением Правительства Тульской области от 30.12.2022 № 890 "О территориальной Программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Тульской области медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов";

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования";

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг";

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н "Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения";

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.202 № 231н "Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения";

- Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, установленными совместным письмом от Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.01.2023 № 31-2/И/2-1075 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26.01.2023 № 00-10-26-2-06/749 (далее - Методические рекомендации).

1.2. Предметом Тарифного соглашения являются согласованные сторонами Комиссии способы оплаты и тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы ОМС Тульской области.

1.3. Настоящее Тарифное соглашение является обязательным для исполнения всеми участниками и субъектами в сфере обязательного медицинского страхования Тульской области.

1.4. Формирование, утверждение, изменение тарифов на оплату медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования Тульской области (далее – территориальная программа ОМС), определение порядка применения тарифов закрепляется Тарифным соглашением и Дополнительными соглашениями к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Тульской области (далее – дополнительные соглашения к ТС), утверждаемыми Комиссией.

1.5. В целях реализации Тарифного соглашения используются следующие основные понятия и термины:

Территориальная программа обязательного медицинского страхования - составная часть Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой в порядке, установленном законодательством субъекта Российской Федерации.

Медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Базовая ставка - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий.

Посещение (с профилактической или иной целью, при оказании медицинской помощи в неотложной форме) – контакт пациента с врачом, средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием, по любому поводу связанному с оказанием медицинской помощи, включающий комплекс необходимых профилактических, лечебно-диагностических услуг с последующей записью в амбулаторной карте (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

Обращение по поводу заболевания – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

Случай госпитализации (случай лечения в дневном стационаре) - случай диагностики и лечения в стационарных условиях и (или) условиях

дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единице объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

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

Оплата медицинской помощи по КСГ - оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратоемкости и поправочных коэффициентов.

Подгруппа в составе КСГ - группа заболеваний, выделенная в составе КСГ с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых ТС, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по КСГ, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп, установленных Методическими рекомендациями.

Коэффициент относительной затратоемкости - устанавливаемый Программой коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

Поправочные коэффициенты - устанавливаемые ТС: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов.

Коэффициент специфики - устанавливаемый ТС коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ.

Коэффициент уровня медицинской организации - устанавливаемый ТС коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающей помощь в стационарных условиях и условиях дневного стационара.

Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи - устанавливаемый ТС коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций одного уровня, обусловленные объективными причинами.

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

Оплата медицинской помощи за услугу - составной компонент

оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных Методическими рекомендациями.

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

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

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

Срок лечения определяется следующим образом:

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

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

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

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

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

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

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

Медико-экономический контроль (МЭК) - установление соответствия сведений об объемах и стоимости оказанной застрахованным лицам медицинской помощи на основании представленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров по обязательному медицинскому страхованию, объемам предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

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

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

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

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

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

Способы оплаты медицинской помощи установлены Программой ОМС на 2023 год в рамках базовой программы ОМС, утвержденной в составе Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в соответствии со ст. 35 Федерального закона № 326-ФЗ, применительно к условиям оказания медицинской помощи, определенным ч.3, ст. 32 Федерального закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Способы оплаты медицинской помощи, используемые при оплате медицинской помощи, оказываемой каждой медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, в разрезе условий оказания медицинской помощи приведены в Приложении № 1 к настоящему Тарифному соглашению (ТС).

При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской

помощи, вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

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

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

При использовании модели оплаты межучрежденческих расчетов через страховую медицинскую организацию медицинскими организациями составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждую выполненную единицу объема медицинской помощи в амбулаторных условиях (медицинская услуга, посещение или обращение, в соответствии с перечнем установленным Приложениями № 8, № 9, № 10 к настоящему ТС), с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. Страховые медицинские организации осуществляют оплату услуг на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации-инициатора оказания медицинской помощи в другой медицинской организации, уменьшается на объем средств, перечисленных медицинской организации, в которой были фактически выполнены отдельные медицинские услуги (вмешательства, исследования), за выполнение указанных отдельных медицинских услуг по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

В случае использования модели оплаты медицинской помощи в рамках договоров между медицинскими организациями без участия страховой медицинской организации указанный случай оказания медицинской помощи может быть отражен в реестре счетов только одной медицинской организацией. Комиссия не вправе устанавливать тарифы на оплату медицинской помощи в рамках гражданско-правовых Договоров.

2.1. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

— по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, 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 - медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай), при оплате:

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

б) медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц,

в) 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,

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

д) профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации,

- е) диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения,
- ж) медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);
- по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации (финансовое обеспечение ФАП/ФП).

2.1.2. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

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

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

Приложением № 9 к настоящему ТС установлены тарифы на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения и всех видов профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов, дифференцированные в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни и с использованием мобильных медицинских бригад.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, и критерии их оценки приведены в Приложении № 13 к настоящему ТС.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий.

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

Отдельные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по профилю "Акушерство и гинекология" и "Стоматология" не выделяются.

Проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции, на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов) осуществляется в следующих случаях:

- наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной инфекции, включая грипп;

- наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп, в том числе для оценки результатов проводимого лечения;

- положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп, полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации).

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

Фактический размер финансового обеспечения ФАП/ФП рассчитывается с учетом соответствия материально-технической базы и кадрового состава ФАП/ФП требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению".

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности в размере 3% от объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования.

Указанные средства направляются на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, сумма средств на выплаты в расчете на одного прикрепленного застрахованного является единой для всех

медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц.

Мониторинг достижения показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций проводится Комиссией поквартально. Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями значений показателей результативности деятельности производится по итогам года. Резервирование финансовых средств для стимулирования за достижение показателей результативности и финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, осуществляется с учетом показателей результативности деятельности с 1 января 2023 года.

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

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

- комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (ДВН-1) взрослого населения;

- посещение и исследования для проведения второго этапа диспансеризации взрослого населения (ДВН-2, УДВН-2),

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

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

- комплексное посещение для проведения углубленной диспансеризации;

- комплексное посещение диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

- посещения с иными целями, включающие в себя: разовое посещение в связи с заболеванием; посещение центра здоровья (включая посещения с динамическим наблюдением и посещения с комплексным обследованием); посещение медицинского работника, имеющего среднее медицинское образование, ведущего самостоятельный прием; посещение к врачу-онкологу в центр амбулаторной онкологической помощи, первичный онкологический кабинет, межмуниципальный онкологический кабинет (далее - ЦАОП, ПОК, МОК); посещение с иными целями (в связи с выдачей справок, медицинских

документов и другими причинами); посещение среднего медицинского персонала в ФАП/ФП.

— обращение по поводу заболевания, в том числе: обращение по поводу заболевания к врачу по профилю специальности, обращение по поводу заболевания к врачу-онкологу в ЦАОП, ПОК, МОК, комплексное обращение по поводу заболевания к врачу-онкологу (в ЦАОП, ПОК, МОК, включая перечень установленных исследований), обращение к среднему медицинскому работнику ФАП/ФП;

— комплексное посещение по профилю "Медицинская реабилитация";

— комплексное посещение школы сахарного диабета;

— медицинские услуги по отдельным диагностическим (лабораторным) исследованиям: магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, ультразвуковое исследование сердечно - сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний, патологоанатомические исследования с целью выявления онкологических заболеваний, проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) согласно Приложению № 10 к настоящему ТС;

— отдельные диагностические, лабораторные и бактериологические исследования в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, в межмуниципальных диагностических центрах, диагностических центрах и централизованных лабораториях по видам медицинских услуг согласно Приложению № 10 к настоящему ТС;

— проведение медицинской услуги гемодиализа и перитонеального диализа;

— посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме (врачебное и среднего медицинского персонала);

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

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

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

2.1.4. Виды медицинских услуг, расходы на которые не включаются в подушевой норматив финансирования медицинской организации:

- посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме;
- комплексное посещение по медицинской реабилитации;
- проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, включая 2 этап, в том числе углубленной диспансеризации;

- диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;
- медицинская помощь, оказываемая в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах;
- расходы на оплату всех видов диализа в амбулаторных условиях;
- расходы на оплату медицинских услуг в Центрах амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП);
- расходы на оказание стоматологической медицинской помощи в стоматологических поликлиниках и структурных подразделениях медицинских организаций, оказывающих стоматологическую помощь;
- отдельные диагностические (лабораторные) исследования: компьютерная томография, магнитно - резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно - сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно - генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала, проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);
- отдельные тарифицированные тарифным соглашением медицинские услуги, включая позитронно-эмиссионную томографию, оказываемые в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;
- расходы на комплексные посещения школ сахарного диабета;
- расходы на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС.

2.1.5. Порядок расчета тарифов медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) осуществляется в соответствии с п. 2.9. раздела II "Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи, в том числе на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц" Методических рекомендаций.

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

При этом тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, является единым для всех

медицинских организаций в сфере ОМС Тульской области, включенных в один уровень оказания медицинской помощи.

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

Базовая ставка стоимости посещения с иными целями рассчитывается, исходя из объема средств, установленных нормативом программы государственных гарантий на посещения с иными целями за вычетом расходов по межтерриториальным расчетам, расходов на содержание ФАП/ФП, расходов на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (включая углубленную диспансеризацию и 2 этап диспансеризации), диспансерного наблюдения, расходов по стоматологической помощи, расходов на школу сахарного диабета, комплексных посещений центров здоровья.

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

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

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

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

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

При проведении процедур диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу - одну услугу гемодиализа и один день перитонеального диализа в рамках законченного случая. При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными

препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников.

При расчете тарифов на услуги гемодиализа и перитонеального диализа используются базовые тарифы на оплату диализа, к которым применяются соответствующие коэффициенты относительной затратоемкости, в соответствии с Методическими рекомендациями.

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

Диагностическое исследование органа учитывается как одна услуга независимо от количества проекций, выполненных по одному анатомически целостному органу. Диагностическое исследование системы органов учитывается как одна услуга - диагностическое исследование анатомически сочетанных органов, выполняющих одну функцию.

Тариф на оплату посещения в Центрах здоровья (далее - ЦЗ) рассчитывается исходя из базовой ставки посещения с учетом относительного коэффициента стоимости посещения по специальности врача-терапевта. Тариф на оплату комплексного посещения в ЦЗ рассчитан в соответствии с Методикой расчета тарифов. В ЦЗ осмотры и скрининговые обследования на аппаратно-программном комплексе могут проводиться в течение нескольких дней. Первичное комплексное обследование (далее - ПКО) учитываются как один законченный случай (одно первичное посещение). Несколько посещений, сделанных в течение одного дня пациентом к одному и тому же врачу или врачам одной специальности, учитываются как самостоятельные, если одно из посещений проводилось как профилактическое в ЦЗ. Застрахованному гражданину при обращении в ЦЗ ПКО проводится 1 раз в отчетном году.

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

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

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, приведено в Приложении № 12 к настоящему ТС. Стоимость одной УЕТ утверждается ТС.

Оплата профилактического лечения детей осуществляется по сумме медицинских услуг, выраженных в УЕТ в составе комплексного профилактического стоматологического посещения. Застрахованному ребенку комплексное профилактическое стоматологическое посещение проводится не чаще 1 раза в отчетном году.

Для оплаты из средств ОМС, формирования отчетности, проведения медико-экономического контроля объемов, установленных Комиссией, стоматологическая помощь учитывается в медицинских услугах, выраженных в УЕТ, в составе посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме, посещения с иными целями и обращения по поводу заболевания.

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

2.2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ КРУГЛОСУТОЧНОГО И ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРОВ

2.2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) применяются следующие способы оплаты:

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

- 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 круглосуточногостационара на дневнойстационар, 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 лекарственнойтерапии, 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-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в Таблице № 1 Приложения № 14 к настоящему ТС, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, применяются следующие способы оплаты:

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с КСГ, ВМП);

- 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-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в Таблице № 2 Приложения № 14 к настоящему ТС, за услугу диализа (в том числе в сочетании с КСГ, ВМП);

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

Финансирование за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, состояний (в том числе КСГ, ВМП) осуществляется при наличии у медицинской организации объемов, установленных типовым

договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС на соответствующий профиль медицинской помощи.

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

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

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

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

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

2.2.2. Особенности оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.

К прерванным случаям относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся летальным исходом;

7. случаи 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;

8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленный Таблицей № 1 (круглосуточный стационар) и Таблицей № 2 (дневной стационар) Приложения № 14 к настоящему ТС;

9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и Методическими рекомендациями (группировщиком).

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ 10, что и диагноз основного заболевания и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации / лечения по 2 КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по 2 КСГ по основаниям 2-9 пункта 2.2.3. настоящего раздела, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4 пункта 2.2.2.

В соответствии с Программой и Таблицей № 1 Приложения № 14 к настоящему ТС определен перечень случаев госпитализации по КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) была проведена тромболитическая терапия, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости КСГ.

Если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости КСГ.

Тарифным соглашением установлены следующие особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше:

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям прерванности) в следующих случаях:

1. При условии проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Методических рекомендациях (Группировщике);

2. При условии снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце "Наименование и описание схемы" при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (при этом общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии):

- снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией к химиотерапевтическому препарату в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- увеличение интервала между введениями произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

Все остальные случаи (в том числе случаи проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) являются прерванными и оплачиваются в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения.

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

2.2.3. Медицинская помощь, оказываемая пациентам одновременно по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), 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 оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным основаниям прерванности;

2. Проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

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

4. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара.

5. Проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

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

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;
- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;
- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;
- O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;

7. Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

8. Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами. Выставление случая только по КСГ

st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)», без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013-st36.015c пересекающимися сроками лечения не допускается.

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

2.2.4. Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной медицинской помощи и специализированной медицинской помощи.

В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи с применением метода лечения, включенного в Перечень видов ВМП, либо после оказания ВМП определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках ВМП по нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения как для специализированной, так и для ВМП, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к ВМП осуществляется при соответствии наименования вида ВМП, кодов МКБ-10, модели пациента, вида и метода лечения аналогичным параметрам, установленным перечнем видов ВМП, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения ВМП. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню ВМП, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

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

Наименование медицинской организации	№ группы ВМП
ГУЗ ТО "Тульская областная клиническая больница"	1,2,3,4,8,10,12,14,18,21,27,28,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,49,51,52,54,55,56,57,58,61,62,63,64
ГУЗ "Тульская областная клиническая больница № 2 имени Л.Н.Толстого"	58
ГУЗ "Тульский областной клинический онкологический диспансер"	18,22,23,24

ГУЗ "Тульский областной клинический кожно-венерологический диспансер"	7
ГУЗ "Тульский областной перинатальный центр им.В. С.Гумилевской"	1,2,16,17
ГУЗ "Тульский областной клинический кардиологический диспансер"	49,51
ГУЗ "Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д.Я. Ваныкина"	10,14,28,37,38,39,40,41,42,43,44,45,52,56,57,61,62,63
ГУЗ "Городская больница № 7 г. Тулы"	65
ГУЗ "Новосковская городская клиническая больница"	28,30,37,38,39,40,41,42,43,44,45,49,51,52,58
ГУЗ "Тульская детская областная клиническая больница"	4,32,34,61
ГУЗ "Алексинская районная больница имени профессора В.Ф.Снегирева"	58
ГУЗ "Ефремовская районная клиническая больница имени А.И.Козлова"	58
ЧУЗ "Клиническая больница "РЖД - Медицина" г. Тула	1,61

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

Наименование медицинской организации	№ группы ВМП
ООО "Центр новых медицинских технологий"	18

2.2.5. При оказании услуг диализа оплата осуществляется за фактически выполненные в течение всего периода нахождения пациента в стационаре КСГ для оплаты услуг диализа только в сочетании с основной КСГ являющейся поводом для госпитализации или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

К КСГ для оплаты услуг диализа поправочные коэффициенты не применяются.

Финансовое обеспечение транспортировки пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места их фактического проживания до места получения медицинской помощи, которая оказывается методом заместительной почечной терапии и обратно за счет средств ОМС не осуществляется.

При расчете тарифов на КСГ для оплаты услуг диализа используются базовые стоимости диализа и перитонеального диализа, к которым применяются соответствующие коэффициенты относительной затратоемкости, установленные Методическими рекомендациям. Тарифы установлены Приложением 11 к настоящему ТС.

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

2.2.7. Особенности оплаты стоимости одного случая госпитализации по КСГ в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяются по формуле, установленной Методическими рекомендациями. Доля заработной платы и прочих расходов в структуре тарифа, по перечню групп заболеваний и состояний, в том числе КСГ установлены в Приложении № 15 к настоящему ТС.

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

2.2.9. Лечение по профилю медицинская реабилитация в условиях круглосуточного, а также дневного стационаров производится в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Для КСГ st37.001–st37.013, st37.021–st37.026 в стационарных условиях и для КСГ ds37.001–ds37.008, ds37.015–ds37.016 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ) в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н (зарегистрировано в Минюсте России 25 сентября 2020 г. № 60039). При оценке 2 балла по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 балла по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации. При оценке 4–5–6 баллов по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах, требующих продолжительного течения,

с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем служит оценка степени тяжести заболевания, определяющая сложность и условия проведения медицинской реабилитации. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок может получать медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

Оплата первого этапа медицинской реабилитации осуществляется с использованием коэффициента сложности лечения пациентов. Данный коэффициент предусматривает оплату реабилитационных мероприятий при проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5-ти суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации).

КСЛП «Проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов» применяется один раз к случаю лечения, в том числе в случае, если оплата случая лечения осуществляется по двум КСГ.

Случай реабилитации по КСГ (st37.002-st37.003, st37.006- st37.007, st37.012-st37.013) длительностью менее предусмотренного соответствующим классификационным критерием значения является прерванным и оплачивается в соответствии основаниями прерванности.

2.3. ОПЛАТА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой медицинской помощи, а также транспортном средстве при медицинской эвакуации), применяются следующие способы оплаты:

- 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).

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

Перечень медицинских услуг, учитываемых при оказании скорой медицинской помощи:

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

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

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

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

В связи с тем, что в рамках выполнения территориальной программы ОМС оказание скорой медицинской помощи осуществляется единственной медицинской организацией, коэффициент половозрастного состава, коэффициент уровня расходов медицинской организации, коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников равны 1 (единице).

Ежемесячный объем средств подушевого финансирования скорой медицинской помощи для МО определяется как 1/12 годового объема финансовых средств на подушевое финансирование скорой медицинской помощи.

В реестры счетов на оплату медицинской помощи в обязательном порядке включаются все единицы объема оказанной скорой медицинской помощи по установленным тарифам.

3. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

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

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

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

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

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

Структура тарифа на оплату медицинской помощи согласно части 7 статьи 35 Федерального закона №326-ФЗ включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других

учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу (без ограничения стоимости за счет средств, полученных за оказание высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС), а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

3.1. АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

3.1.1. Средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Тульской области, в расчете на одно застрахованное лицо, - 5 868,09 руб. Установленный норматив не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой за пределами Тульской области.

3.1.2. Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, исключаящий влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, стоимости проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (в размере 3 процентов от среднего подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц) в амбулаторных условиях на 2023 год – 1 954,8 руб., в среднем в месяц - 162,9 руб.

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

3.1.4. Поправочный коэффициент (ПК) установлен в размере - 0,895661.

3.1.5. Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключая влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания и оказываемой в фельдшерских, фельдшерских-акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности - 0,3331.

3.1.6. Коэффициент уровня расходов медицинских организаций, применяемый к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, принимается для всех медицинских организаций, использующих соответствующий способ оплаты, равным 1 (единица).

3.1.7. Для определения половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива численность застрахованных лиц в Тульской области распределена на следующие половозрастные группы:

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

Значения половозрастных коэффициентов дифференциации медицинских организаций и половозрастных коэффициентов дифференциации для соответствующих половозрастных групп установлены согласно Приложению № 4 к настоящему ТС.

3.1.8. Коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников установлены согласно Приложению № 5 к настоящему ТС.

3.1.9. Коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, установлены согласно Приложению № 6 к настоящему ТС.

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

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

- 1) до 100 жителей – 1 174 200 руб. с учетом понижающего коэффициента в зависимости от численности обслуживаемого населения:
 - от 1 до 49 жителей – 587 100 руб., понижающий коэффициент - 0,5 к размеру указанного финансового обеспечения,
 - от 50 до 99 жителей – 1 056 780 руб., понижающий коэффициент - 0,9 к размеру указанного финансового обеспечения,
- 2) от 100 до 900 жителей – 1 174 200 руб.,

- 3) от 900 до 1500 жителей – 1 860 300 руб.,
- 4) от 1500 до 2000 жителей – 2 088 900 руб.,
- 5) свыше 2000 жителей – 2 297 790 руб., с учетом повышающего коэффициента – 1,1 к размеру финансового обеспечения ФАП/ФП, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей.

Значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, установлены в Приложении № 7 к настоящему ТС.

Перечень медицинских организаций, имеющих в своем составе ФАП/ФП с указанием диапазона численности обслуживаемого населения, годового размера финансового обеспечения, а также информации по установлению критериев применения понижающих коэффициентов в соответствии с материально-технической базой и кадрового состава приведены в Приложении № 7 к настоящему ТС.

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

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

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

Размер коэффициенты уровня медицинской организации при оказании амбулаторно-поликлинической помощи:

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

3.1.1.3 Базовый норматив финансовых затрат на оплату посещения устанавливается в размере 251,0 руб. Тарифы на оплату посещений с иными целями с учетом уровня оказания амбулаторно-поликлинической помощи установлены согласно Приложению № 8 к настоящему ТС

3.1.1.4. Базовый норматив финансовых затрат на оплату посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме – 1 040,2 руб. Тарифы на оплату посещений при оказании неотложной медицинской помощи с учетом уровня оказания амбулаторно-поликлинической помощи установлены согласно Приложению № 8 к настоящему ТС.

3.1.15. Тариф на оплату одного посещения с комплексным обследованием в Центрах здоровья устанавливается для всех Центров

здоровья в едином размере – 966,7 руб. Тариф на посещение для динамического наблюдения в Центре здоровья (врачебное) - 214,7 руб.

3.1.1.6. Базовый норматив финансовых затрат на обращение по поводу заболевания – 1 209,2 руб. Тарифы на оплату обращений по поводу заболевания с учетом уровня оказания амбулаторно-поликлинической помощи установлены согласно Приложению № 8 к настоящему ТС

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

- посещение с иной целью к врачу-онкологу – 228,7 руб.
- обращение по поводу заболевания к врачу-онкологу – 1136,6 руб.
- комплексное обращение по поводу заболевания к врачу-онкологу (включая перечень установленных исследований) - 2510,6 руб.

3.1.18. Тарифы диспансеризации определенных групп взрослого населения, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, профилактических осмотров взрослого населения, профилактических медицинских осмотров (при первом посещении в рамках диспансерного наблюдения), профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, диспансеризации детей-сирот установлены согласно Приложению № 9 к настоящему ТС и используются в том числе для межучрежденческих и межтерриториальных расчетов.

3.1.19. Тарифы на оплату комплексных посещений для проведения I этапа углубленной диспансеризации, включающие исследования и медицинские вмешательства по перечню, установленному Приложением № 9 к настоящему ТС:

- углубленная диспансеризация основная (I этап) – 842,50 руб.;
- углубленная диспансеризация основная с проведением теста с 6 минутной ходьбой (I этап) - 912,1 руб.;
- углубленная диспансеризация основная с определением концентрации D-димера в крови (I этап) – 1 328,7 руб.;
- углубленная диспансеризация основная с проведением теста с 6 минутной ходьбой и определением концентрации D-димера в крови (I этап) – 1 398,3 руб.

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

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

3.1.21. Тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований, для которых установлены отдельные нормативы территориальной программой государственных гарантий

бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования на 2023 год, тарифы на диагностические (лабораторные) исследования в диагностических центрах по видам медицинских услуг, тарифы на оплату медицинских услуг, применяемых при межучрежденческих и межтерриториальных расчетах в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, установлены согласно Приложению № 10 к настоящему ТС.

3.1.22. Базовый тариф на оплату гемодиализа устанавливается в размере 6 250 руб. Базовый тариф на оплату перитонеального диализа устанавливается в размере 3 430 руб.

Финансовое обеспечение транспортировки пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места их фактического проживания до места получения медицинской помощи, которая оказывается методом заместительной почечной терапии и обратно за счет средств ОМС не осуществляется.

Полный перечень тарифов на отдельные медицинские услуги при проведении почечной заместительной терапии (диализа) установлен в Приложении № 11 к настоящему ТС.

3.1.23. Тариф одной условной единицы трудоемкости (УЕТ) для оплаты стоматологических услуг, оказываемых застрахованным лицам в соответствии с перечнем услуг, установленных в Приложении № 12 к настоящему ТС, устанавливается в размере - 110 руб.

3.1.24. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки (включая целевые значения) установлен в Приложении № 13 к настоящему ТС.

Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности формируется в размере 3% от объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования.

Доля средств на выплаты при достижении показателей результативности является единой для всех медицинских организаций и в абсолютном выражении в расчете на одного прикрепленного застрахованного составляет на 2023 год в среднем в месяц – 5,04 руб.

Стимулирующие выплаты по показателям результативности, установленных на соответствующий период, производятся на основании решения Комиссии при выполнении показателей соответствующего периода с учетом положений Методических рекомендаций.

3.1.25. Тариф на оплату комплексного посещения по профилю "Медицинская реабилитация" установить в размере 19 906,00 руб.

3.1.26. Тариф на проведение диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения – 1 268, 60 руб.

3.1.27. Тарифы на комплексное посещение школ сахарного диабета:

- взрослым с сахарным диабетом 1 типа – 1 357,96 руб.
- взрослым с сахарным диабетом 2 типа – 1 124,11 руб.
- дети и подростки с сахарным диабетом – 1 780,52 руб.

3.2. СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ

3.2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Тульской области, в расчете на одно застрахованное лицо 6 074,06 руб. (за исключением профиля "медицинская реабилитация"), по профилю "медицинская реабилитация" - 204,43 руб. Установленный норматив не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой за пределами Тульской области.

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

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) в условиях круглосуточного стационара устанавливается в размере – 26 012,0 руб.

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

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

- Коэффициент относительной затратноемкости оказания медицинской помощи по перечню групп заболеваний, в том числе КСГ, установленный Методическими рекомендациями, представлен в Приложении № 16 к ТС.

- Коэффициент специфики оказания медицинской помощи в диапазоне от 0,8 до 1,4 установленный в соответствии с Методическими рекомендациями представлен в Приложении № 16 к настоящему ТС.

- Коэффициенты сложности лечения пациентов (КСЛП) учитывающие более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях, представлены в Приложении № 17 к настоящему ТС. В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП.

- Коэффициенты уровня/подуровня медицинской организаций представлены в Приложении № 18 к настоящему ТС. При этом, к отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющие высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающие (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи, коэффициент уровня (подуровня) при оплате не применяется (принимается равным 1). Исчерпывающий перечень таких КСГ в

стационарных условиях установлен Приложением № 19 к настоящему ТС.

3.2.4. Тарифы на оплату законченного случая лечения по клинико-статистическим группам (КСГ) с учетом уровня оказания стационарной помощи представлены в Приложении № 16 к настоящему ТС.

3.2.5. Тарифы на КСГ для оплаты услуг диализа установлены Приложением № 11 к настоящему ТС.

3.2.6. Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ, установлены в соответствии с Приложением № 15 к настоящему ТС.

По перечню КСГ, для которых в настоящем ТС в структуре затрат выделены доли заработной платы и прочих расходов, при расчете тарифа на оплату медицинской помощи коэффициент дифференциации, коэффициент уровня медицинской организации и коэффициент специфики оказания медицинской помощи применяется только к расходам на оплату медицинской помощи, соответствующей выделенной доле заработной платы и прочих расходов.

3.2.7. Средний размер финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Тульской области, в расчете на одно застрахованное лицо 761,01 руб. Установленный норматив не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой за пределами Тульской области.

3.2.8. Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню высокотехнологичной медицинской помощи, установленному в территориальной программе ОМС, в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной помощи, оказываемой в рамках базовой программы ОМС, приведенной в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, с установлением доли заработной платы в структуре затрат установлены в Приложении № 20 к настоящему ТС.

3.3. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Тульской области, в расчете на одно застрахованное лицо - 1 573,81 руб. (за исключением профиля "медицинская реабилитация"), по профилю "медицинская реабилитация" - 59,22 руб. Установленный норматив не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой за пределами Тульской области.

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

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) в условиях дневного стационара устанавливается в размере – 15 053,00 руб.

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

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

- Коэффициент относительной затратоемкости оказания медицинской помощи по перечню групп заболеваний, в том числе КСГ, установленные в соответствии с Методическими рекомендациями, представлен в Приложении № 21 к настоящему ТС.

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

- Коэффициенты сложности лечения пациентов (КСЛП) учитывающие более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях, представлены в Приложении № 17 к настоящему ТС

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

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

3.3.5. Тарифы на КСГ для оплаты услуг диализа установлены Приложением № 11 к настоящему ТС.

3.3.6. Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ, установлены в соответствии с Приложением № 15 к настоящему ТС.

По перечню КСГ, для которых в настоящем ТС в структуре затрат выделены доли заработной платы и прочих расходов, при расчете тарифа на оплату медицинской помощи коэффициент дифференциации, коэффициент уровня медицинской организации и коэффициент специфики оказания медицинской помощи применяется только к расходам на оплату медицинской помощи, соответствующей выделенной доле заработной платы и прочих расходов.

3.3.7. Средний размер финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Тульской области, в расчете на одно застрахованное лицо – 0,47 руб.

3.4. СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

3.4.1. Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Тульской области, в расчете на одно застрахованное лицо – 926,24 рублей. Установленный норматив не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой за пределами Тульской области.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, установлен в размере на год - 941,39 рублей, на месяц – 78,45 рублей.

Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования – 1,016356.

3.4.2. Объем финансирования скорой медицинской помощи

Наименование МО, оказывающей скорую медицинскую помощь	Подушевой норматив финансирования СМП руб.	Сумма подушевого финансирования СМП в год, рублей	Ежемесячная сумма подушевого финансирования СМП, руб.
ГУЗ ТО "Территориальный центр медицины катастроф, скорой и неотложной медицинской помощи"	941,39	1 308 660 968,00	109 055 080,67

Базовый норматив финансовых затрат на 1 вызов скорой медицинской помощи устанавливается в размере – 3 288,9 руб.

Тарифы стоимости 1 вызова скорой медицинской помощи

Наименование вызова	Коэффициент затратоемкости	Стоимость одного вызова, руб.
Вызов СМП, выполненный врачебной бригадой (ВБ)	1,35	4 440,00
Вызов СМП, выполненный фельдшерской бригадой (ФБ)	1,0	3 288,90
Вызов СМП, выполненный бригадой интенсивной терапии (ИТ)	1,5	4 933,40
Вызов СМП, выполненный специализированной бригадой (СБ)	1,85	6 084,50
Вызов СМП для выполнения транспортировки	0,5	1 644,50
Вызов СМП безрезультатный (за исключением отмененного)	0,5	1 644,50
Вызов СМП для констатации смерти	0,5	1 644,50
Вызов СМП с применением тромболитика	x	52 719,00

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

Организация и проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, порядок расчета и применения санкций в медицинских организациях осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н "Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения", а также территориальным Порядком информационного взаимодействия при осуществлении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Перечень дефектов, выявляемых в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, по результатам которого предусмотрена неоплата или неполная оплата затрат на оказание медицинской помощи, а также уплата медицинской организацией штрафа приведен в Приложении № 22 к настоящему ТС.

5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящее ТС вступает в силу с 1 января 2023 года, заключается на один финансовый год и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года.

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

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

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

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

Марков Д.С. _____

Тулянкин Ю.В. _____

Красноперова Ю.С. _____

Ильина М.Л. _____

Фетисов С.В. _____

Савищева А.А. _____

Макарова Е.С. _____

Богомолова Т.Г. _____

Сотник О.Н. _____