

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

от 09.01.2020 г.

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

от министерства здравоохранения:

- министр здравоохранения Тульской области - ЭркА.А.
- заместитель министра здравоохранения Тульской области - Дубровина О.А.

от территориального фонда обязательного медицинского страхования Тульской области:

- исполняющий обязанности директора 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" - Корнеев А.А.

от Тульской областной медицинской ассоциации:

- заместитель главного врача ГУЗ ТО "Тульская областная клиническая больница" - Гомова Т.А.
- главный врач ГУЗ "Родильный дом № 1 г. Тулы имени В.С.Гумилевской" - 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 - ТС).

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Тарифное соглашение разработано в соответствии с:

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

- Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации",

- постановлением Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 № 1610 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов" (далее - Программа),

- постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 "О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования",

- приказом Министерства здравоохранения и социального развития 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 Федерального фонда ОМС (далее - ФФОМС) от 21.11.2018 № 247 "Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения",

- приказом ФФОМС от 28.02.2019 № 36 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию",

- постановлением Правительства Тульской области от 27.12.2019 № 681 "О территориальной Программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Тульской области медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов",

- Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленных совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.12.2019 № 11-7/И/2-11779 и

Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12.12.2019 № 17033/26-2/и (далее - Методические рекомендации),

- письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2018 № 11-7/И/2-12330 "Оформировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов" (далее - письмо Минздрава России).

1.2. Предметом Тарифного соглашения являются согласованные сторонами 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 (далее – ОМС) Тульской области.

1.4. Формирование, утверждение, изменение тарифов на оплату медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования (далее – территориальная программа ОМС), определение порядка применения тарифов закрепляется Тарифными соглашениями на оплату медицинской помощи по ОМС на территории Тульской области (далее - ТС), утверждаемыми Комиссией.

ПОНЯТИЯ И ТЕРМИНЫ

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

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

2.3. **Посещение** (с профилактической или иной целью, при оказании медицинской помощи в неотложной форме) – контакт пациента с врачом (средним медицинским работником), ведущим самостоятельный прием, по любому поводу с последующей записью в соответствующей первичной медицинской документации (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

2.4. **Обращение по поводу заболевания** – законченный случай лечения заболевания в амбулаторно - поликлинических условиях, включающий в себя не менее двух посещений, включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия.

2.5. **Случай госпитализации** - случай 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.

2.6. 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).

2.7. Оплата медицинской помощи по КСГ (КПГ) - оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратноемкости и поправочных коэффициентов.

2.8. Базовая ставка - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных Методическими рекомендациями (средняя стоимость законченного случая лечения).

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

2.10. Поправочные коэффициенты - устанавливаемые ТС: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов.

Управленческий коэффициент - устанавливаемый ТС коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи - устанавливаемый ТС коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи.

Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи - устанавливаемый ТС коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами.

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

2.11. Подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний - группа заболеваний, выделенная в составе клинико-

статистической группы заболеваний с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых ТС, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по клинико-статистической группе, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп.

2.12. 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.

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

2.14. "Прикрепившиеся лица" - это 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.

2.15. 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).

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

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

2.18. **Медико-экономический контроль (МЭК)** - установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, территориальной программе ОМС, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

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

2.20. **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.

Результаты МЭК, МЭЭ, ЭКМП оформляются в сроки и по формам в соответствии с требованиями, установленными ФФОМС.

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 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 и порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, устанавливаемыми правилами обязательного медицинского страхования.

СХЕМА ФИНАНСИРОВАНИЯ ОМС

3.1. Объем и виды медицинской помощи, финансируемые за счет средств ОМС, устанавливает территориальная программа ОМС.

Финансовые средства системы ОМС формируются в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

3.2. Основанием для финансирования территориальным фондом обязательного медицинского страхования Тульской области (далее – Фонд) страховых медицинских организаций (далее – СМО) за счет средств ОМС являются договор(ы) о финансовом обеспечении ОМС.

Объем финансирования СМО определяется Комиссией по разработке территориальной программы ОМС (далее – Комиссия) в соответствии с Правилами ОМС.

3.3. Финансирование медицинских организаций (далее – МО), работающих в системе ОМС, осуществляется СМО в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом способов оплаты медицинской помощи и размеров тарифов, утвержденных ТС. Ежемесячно между СМО и МО оформляется акт приемки-сдачи работ по предоставленным медицинским услугам по ОМС застрахованным лицам Тульской области и производится окончательный расчет за выполненный объем медицинской помощи с учетом перечисленных ранее авансовых платежей.

3.4. Врач ПМСПоказывает первичную медико-санитарную помощь в соответствии с порядком, установленным МЗ РФ. При этом специалист (врач и СМР, ведущий самостоятельный прием) первичного медико-санитарного звена при состояниях, лечение которых не может производиться в амбулаторных условиях вследствие тяжести заболевания, а также при состояниях, требующих проведения интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения и необходимости проведения сложных и инвазивных методов обследования и лечения, выдает направление на плановую или экстренную госпитализацию в соответствующее стационарное отделение. При этом должен соблюдаться принцип маршрутизации и этапности госпитализации. Исключение составляет самостоятельное обращение пациента на госпитализацию при неотложных состояниях. Оплата плановой стационарной помощи осуществляется при наличии направления врача первичного звена или соответствующего врача-специалиста.

Направление застрахованного гражданина на диагностические исследования, дорогостоящую или высокотехнологическую помощь осуществляется по решению областного профильного специалиста через отдел МЗ ТО.

3.5. МО, работающая в системе ОМС, оказывает медицинскую помощь застрахованным лицам на основании предъявленного ими страхового медицинского полиса и документа, удостоверяющего личность.

3.6. Расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, осуществляются в соответствии с Правилами ОМС и нормативными документами ФФОМС.

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

Способы оплаты медицинской помощи установлены Программой ОМС на 2020 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 от 29.12.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в российской Федерации", применительно к условиям оказания медицинской помощи, определенным ч.3, ст. 32 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации":

2.1. ОПЛАТА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

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, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Тульской области, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии).

2. Вне зависимости от применяемого способа оплаты устанавливаются единые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема.

3. Перечень медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, и применяемые способы оплаты медицинской помощи в разрезе медицинских организаций установлен в приложении 1 к настоящему ТС

4. Распределение медицинских организаций, для установления коэффициента уровня оказания амбулаторно-поликлинической помощи:

№ п/п	Наименование медицинской организации
1	I уровень оказания медицинской помощи
2	ГУЗ "Тульский областной госпиталь ветеранов войн и труда"
3	ГУЗ "Городская больница № 3 г.Тулы"
4	ГУЗ "Городская больница № 10 г.Тулы"
5	ГУЗ "Белевская центральная районная больница"
6	ГУЗ "Богородицкая центральная районная больница"
7	ГУЗ "Веневская центральная районная больница"
8	ГУЗ «Донская городская больница №1»
9	ГУЗ "Дубенская центральная районная больница"
10	ГУЗ "Заокская центральная районная больница"
11	ГУЗ "Кимовская центральная районная больница"
12	ГУЗ ТО "Киреевская центральная районная больница"
13	ГУЗ "Куркинская центральная районная больница"
14	ГУЗ "Ленинская районная больница"
15	ГУЗ "Амбулатория п. Рассвет"
16	ГУЗ "Одоевская центральная районная больница имени П.П.Белюсова "
17	ГУЗ "Тепло-Огаревская центральная районная больница"
18	ГУЗ "Узловская районная больница"
19	ГУЗ "Ясногорская районная больница"
20	ООО "Медицинский центр "Здоровье"
21	ООО "Городская поликлиника"
22	АО "ТСП имени С.А.Злотникова"
23	ООО "Стоматологическая поликлиника № 2" (г.Новомосковск)*
24	ООО "Узловская стоматологическая поликлиника"*
25	ООО "Дента-Профи"
26	ОООМЦ "КЛИНИКА НА ПИРОГОВА" (г.Щекино Тульской обл.)
27	ООО "Эксклюзив"
28	ООО "Центр Медицины" (г. Алексин)
29	ООО "ФРЕЗЕНИУС НЕФРОКЕА" г.Москва
30	ООО "Клиника диализа"
31	ООО "Региональный медицинский центр"
32	ООО "Вита"*
33	ООО "Азбука здоровья"
	II уровень оказания медицинской помощи
1	ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница»
2	ГУЗ «Тульская областная клиническая больница № 2 имени Л.Н.Толстого»
3	ГУЗ «Тульский областной перинатальный центр»
4	ГУЗ «Тульский областной клинический кожно-венерологический диспансер»
5	ГУЗ «Тульский областной онкологический диспансер»
6	ГУЗ «Тульская детская областная клиническая больница»

7	ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии»
8	ГУЗ "Тульский областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями"
9	ГУЗ "Тульская областная стоматологическая поликлиника"*
10	ГУЗ «Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д.Я. Ваныкина»
11	ГУЗ "Городская клиническая больница № 2 г. Тулы имени Е.Г. Лазарева"
12	ГУЗ «Городская больница № 7 г. Тулы»
13	ГУЗ "Городская больница № 9 г. Тулы»
14	ГУЗ "Городская больница № 11 г. Тулы"
15	ГУЗ «Городская больница № 13 г. Тулы»
16	ГУЗ «Родильный дом № 1 г. Тулы имени В.С. Гумилевской»
17	ГУЗ "Детская городская клиническая больница"
18	ГУЗ "Детская стоматологическая поликлиника № 1 г. Тулы"*
19	ГУЗ "Алексинская районная больница № 1 имени профессора В.Ф. Снегирева"
20	ГУЗ "Ефремовская районная больница имени А.И. Козлова "
21	ГУЗ «Новомосковская городская клиническая больница»
22	ГУЗ "Плавская центральная районная больница имени С.С. Гагарина"
23	ГУЗ "Суворовская центральная районная больница"
24	ГУЗ "Щекинская районная больница"
25	ЧУЗ "Клиническая больница "РЖД-Медицина" города Тула"
26	ФКУЗ "Медико-санитарная часть МВД Российской Федерации по Тульской области"
27	ООО "Центр реабилитации и профилактики"
28	ООО "Стоматологическая поликлиника № 2"*
29	АНО "Клиника микрохирургии глаза Взгляд" (г. Тула)
30	ООО "Медицинская территориальная клиника "Микрохирургии глаза +" (г. Калуга)
31	ООО "Клиника ядерной медицины"
32	ООО "ПЭТ-ТЕХНОЛОДЖИ ДИАГНОСТИКА"
33	ООО "ПЭТ-ТЕХНОЛОДЖИ"

* - уровень оказания медицинской помощи устанавливается для посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме.

5. 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 (ДВН1) взрослого населения;

— 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;

— посещения с иными целями, включающие в себя:

- посещение с профилактическими целями (в связи с выдачей справок и иных медицинских документов, другими причинами);

- разовое посещение в связи с заболеванием;

- посещение медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;

- посещение среднего медицинского персонала ФАП/ФП;

- посещение к врачу-онкологу (в ЦАОП, ПОК, МОК)

- посещение по амбулаторной хирургии;

- посещение для проведения второго этапа диспансеризации взрослого населения (ДВН2);

- посещения в Центрах здоровья (включая посещения с комплексным обследованием (ПКО в ЦЗ));

— обращение по поводу заболевания;

— 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)

— 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, гистологические исследования с целью выявления онкологических заболеваний согласно приложению 2 к ТС;

— отдельные диагностические и бактериологические исследования в межмуниципальных диагностических центрах, диагностических центрах и централизованных лабораториях по видам медицинских услуг согласно приложению 2к ТС;

— законченный случай перитонеального диализа(ПД);

— законченный случай гемодиализа (ГД)- обращение;

— посещение с проведением ПД (день обмена);

— медицинская услуга – сеанс гемодиализа;

— обращение по физической терапии опорно-двигательного аппарата (обращение по ФТОДА)

— посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме;

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

— стоматологические услуги (посещения 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);

— посещения и обращения по поводу заболевания с применением мобильных медицинских комплексов

6. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц осуществляется в соответствии с п.п. 2.2. - 2.7. раздела II "Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи, в том числе на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц" Методических рекомендаций.

7. 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 рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, первичную врачебную медико-санитарную помощь, в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещениями с иными целями, обращениями по поводу заболевания.

В подушевой норматив не включаются:

- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров, включая диспансеризацию всех видов, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;

- расходы на оплату первичной специализированной медицинской помощи;

- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

- расходы на оказание стоматологической медицинской помощи;

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую Центрами здоровья;

- расходы на проведение хирургических операций в амбулаторных условиях;

- расходов на оплату обращений по физической терапии опорно-двигательного аппарата;

- расходы на оплату проведения всех видов диагностических и лабораторных исследований в соответствии с перечнем установленным Приложением 2 к ТС;

- расходы на финансовое обеспечение ФАП/ФП;

- расходы на оплату помощи, оказанной с применением медицинских мобильных комплексов;

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС.

8. Перечень медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях, финансирование которых включено в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц:

Наименование медицинской услуги в справочнике тарифов
Посещение по заболеванию к педиатру
Посещение по заболеванию к педиатру, проводимое с применением мобильных медицинских комплексов
Посещение по заболеванию к терапевту
Посещение по заболеванию к терапевту, проводимое с применением мобильных медицинских комплексов
Обращение по заболеванию к педиатру
Обращение по заболеванию к педиатру, проводимое с применением мобильных медицинских комплексов
Обращение по заболеванию к терапевту
Обращение по заболеванию к терапевту, проводимое с применением мобильных медицинских комплексов
Посещение профилактическое к педиатру
Посещение профилактическое к педиатру, проводимое с применением мобильных медицинских комплексов
Посещение профилактическое к терапевту
Посещение профилактическое к терапевту, проводимое с применением мобильных медицинских комплексов
Посещение профилактическое к СМР (фельдшеру, акушеру)
Посещение профилактическое к СМР (фельдшеру, акушеру), проводимое с применением мобильных медицинских комплексов

9. Проведение диспансерного наблюдения в рамках первичной медико-санитарной помощи пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение.

10. При установлении дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие коэффициенты.

10.1. Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи.

10.2. Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива.

Для определения половозрастных коэффициентов дифференциации 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 четырегода мужчины/ женщины;
- 5) шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

10.3. Коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц (КДот).

10.4. Поправочный коэффициент приведения в соответствие рассчитанного объема средств к общему объему финансирования по подушевому нормативу.

Применяемые коэффициенты формируют интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива.

Объем подушевого финансирования медицинской организации на прикрепившихся лиц определяется путем перемножения дифференцированного подушевого норматива на численность прикрепившихся лиц.

11. При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

12. Фактический размер финансового обеспечения ФАП/ФП рассчитывается с учетом соответствия материально-технической базы и кадрового состава ФАП/ФП требованиям, установленным нормативно-правовым актом.

13. 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.

14. 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 складывается 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.

15. 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, средств на комплексные посещения центров здоровья, посещений по амбулаторной хирургии, расходов по стоматологической помощи с иными целями.

16. 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 отдельных диагностических (лабораторных) исследований, услуг диализа, стоматологических обращений по поводу заболевания.

17. При установлении тарифов на оплату амбулаторно-поликлинической помощи применяется коэффициент уровня оказания амбулаторно-поликлинической помощи, установленный в соответствии с Приказом ФФОМС от 21.11.2018 № 247. 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.

18. Оплата всех видов профилактических медицинских осмотров и диспансеризации осуществляется по тарифу за комплексное посещение в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Тарифы на профилактические осмотры и проведение диспансеризации установлены с учетом работы медицинских организаций в выходные дни.

19. Оплата проведения второго этапа диспансеризации взрослого населения осуществляется по тарифам за фактически выполненные осмотры (исследования, мероприятия).

20. 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.

21. 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 этом в целях учета объемов медицинской помощи учитывается лечение в течение одного месяца как одно обращение (в среднем 12,6 услуг гемодиализа, или ежедневные обмены при перитонеальном диализе в течение месяца). При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников.

При расчете тарифов на услуги гемодиализа и один день перитонеального диализа используется базовый тариф на оплату диализа, к которому применяются соответствующие коэффициенты относительной затратоемкости, установленные в приложении 4 к Методическим рекомендациям.

22. 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.

ДИ органа учитывается как одна услуга независимо от количества проекций, выполненных по одному анатомически целостному органу.

ДИ системы органов учитывается как одна услуга - диагностическое исследование анатомически сочетанных органов, выполняющих одну функцию.

21. В Центрах здоровья 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.

ОПЛАТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

23. 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).

24. Оплата посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме осуществляется по тарифу посещения в неотложной форме с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи.

25. 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 № 3 к Тарифному соглашению. Стоимость одной УЕТ утверждается ТС.

26. Оплата профилактического лечения детей осуществляется по сумме медицинских услуг в УЕТ в составе комплексного профилактического стоматологического посещения.

27. Для оплаты из средств ОМС, формирования отчетности, в том числе контроля исполнения объемов, установленных Комиссией со стороны СМО, стоматологическая помощь учитывается в медицинских услугах, выраженных в УЕТ, посещениях при оказании медицинской помощи в неотложной форме, посещениях с иными целями и обращениях по поводу заболевания.

2.2. ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ КРУГЛОСУТОЧНОГО СТАЦИОНАРА

1. Установленные способы оплаты медицинских услуг, оказываемых в стационарных условиях:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

2. Оплата медицинской помощи в стационарных условиях на основе групп заболеваний, в том числе КСГ, 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) и клинико-профильных групп (КПГ)" Методических рекомендаций.

3. Финансирование по законченному случаю лечения в стационаре на основе групп заболеваний по КСГ осуществляется по стоимости законченного случая лечения по КСГ в круглосуточном стационаре при наличии у МО задания на соответствующий профиль койки.

Способ оплаты по КПГ в круглосуточном стационаре не применяется.

4. При расчете тарифов по КСГ используется базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи и поправочные коэффициенты оплаты КСГ.

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

6. При планировании объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях 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.

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

- коэффициент относительной затратоемкости КСГ определяется на федеральном уровне (установлен Методическими рекомендациями);
- управленческий коэффициент для КСГ в целом является единым для всех уровней оказания стационарной помощи. Значение управленческого коэффициента может быть как выше 1, так и ниже 1; значение управленческого коэффициента - от 0,8 до 1,4;
- коэффициент уровня (подуровня) оказания стационарной помощи, установленный в соответствии с приказом ФФОМС от 21.11.2018 № 247;
- коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях. Значение коэффициента сложности лечения пациента устанавливается в соответствии с Приложением 3 к Методическим рекомендациям.

8. Управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания стационарной помощи, коэффициент сложности лечения пациента формируют поправочный коэффициент оплаты.

Тариф стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях определяется путем перемножения базовой ставки законченного случая лечения на коэффициент относительной затратоемкости и поправочный коэффициент.

9. Оплата за счет средств ОМС медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях 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;

- услуг диализа, включающих различные методы.

10. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований осуществляется в следующем порядке:

10.1. в случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и(или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ.

10.2. если хирургическое лечение 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 – 100% от стоимости КСГ.

10.3. К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

Перечень КСГ круглосуточного стационара, по которым осуществляется оплата в полном объеме, независимо от длительности лечения

Код КСГ	Наименование КСГ
st02.001	Осложнения, связанные с беременностью
st02.002.1	Беременность, закончившаяся абортным исходом без it1
st02.003.1	Родоразрешение без it1
st02.004.1	Кесарево сечение без it1
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
st03.002	Ангионевротический отек, анафилактический шок
st05.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе*
st08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
st08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
st12.010	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые
st12.011	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень1)*
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина

	(уровень 2)*
st15.014.2	Инфаркт мозга с тромбозэкстракцией*
st16.005	Сотрясение головного мозга
st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st19.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
st19.028	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
st19.029	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
st19.030	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
st19.031	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
st19.032	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
st19.033	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
st19.034	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
st19.035	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
st19.036	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
st19.038	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
st19.056	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*
st19.057	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*
st19.058	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
st19.059	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые*
st19.060	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые*
st19.061	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы*
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)

st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st27.012	Отравления и другие воздействия внешних причин
st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
st30.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
st30.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
st30.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
st30.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
st31.017	Доброкачественные новообразования, новообразования insitu кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
st32.002.1	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2) без it1
st32.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
st32.016.1	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1) без it1
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
st36.003.1	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии (кроме устекинумаб, иксекизумаб)*
st36.003.2	Лечение с применением генно-инженерного биологического препарата устекинумаб в случае отсутствия эффективности базисной терапии*
st36.003.3	Лечение с применением генно-инженерного биологического препарата иксекизумаб в случае отсутствия эффективности базисной терапии*
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация

<*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения

10.4. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях:

в случае, если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ;

в случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение не проводилось.

10.5. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией:

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);

прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение не проводилось.

11. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара или (в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и из дневного стационара в круглосуточный), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

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

- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением. При этом оплата по 2 КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

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

При этом если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

- проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания.

12. При оплате случаев лечения с проведением диализа (включая ГД, ГД продолжительный, гемофильтрацию крови продолжительную, гемодиализацию продолжительную) стоимость одного законченного случая лечения складывается из стоимости фактически выполненных в течение всего периода нахождения пациента в стационаре услуг диализа и тарифа соответствующей КСГ.

При расчете тарифов на услуги ГД, ГД продолжительного, гемофильтрации крови продолжительной, гемодиализации продолжительной используется базовый тариф на оплату диализа, к которому применяются соответствующие коэффициенты относительной затратоемкости, установленные в приложении 4 к Методическим рекомендациям.

13. При направлении в медицинскую организацию, в том числе федеральную, с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи соответствующей КСГ.

После оказания в медицинской организации, в том числе федеральной медицинской организации, высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются соответствующей КСГ.

14. Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует "Перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащему в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи" (приложение к Программе), 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.

15. Распределение медицинских организаций для установления коэффициента уровня оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара

№ п/п	Наименование медицинских организаций
	Коэффициент I уровня оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара
	Подуровень А
1	ГУЗ "Городская больница №11 г.Тулы" (неврологическое, терапевтическое отделения)
2	ГУЗ "Белевская центральная районная больница"
3	ГУЗ "Плавская центральная районная больница имени С.С.Гагарина"(кроме неврологического и травматологического отделений)
4	ГУЗ "Суворовская центральная районная больница"(педиатрическое и терапевтическое отделения)
5	ГУЗ "Ясногорская районная больница"
	Подуровень Б
6	ГУЗ "Городская больница №9 г.Тулы"(терапевтическое отделение)
7	ГУЗ "Дубенская центральная районная больница"
8	ГУЗ "Заокская центральная районная больница"
9	ГУЗ "Кимовская центральная районная больница"
10	ГУЗ "Куркинская центральная районная больница"
11	ГУЗ "Одоевская центральная районная больница имени П.П.Белоусова"
12	ФКУЗ "Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Тульской области"
13	Филиал №1 ФГКУ "1586 Военный клинический госпиталь" Министерства обороны Российской Федерации"
	Подуровень В
14	ГУЗ "Богородицкая центральная районная больница"
15	ГУЗ "Веневская центральная районная больница"
	Подуровень Г
16	ГУЗ "Городская больница №3 г.Тулы"(кроме онкологического отделения)
17	ГУЗ ТО "Киреевская центральная районная больница"
18	ГУЗ "Ленинская районная больница"
19	ГУЗ "Узловская районная больница"
	Подуровень Д
20	ГУЗ "Тепло-Огаревская центральная районная больница"
21	ГУЗ "Донская городская больница № 1" (кроме травматолога - ортопедического отделения)
	Коэффициент II уровня оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара
	Подуровень А
1	ГУЗ ТО "Центр детской психоневрологии"
2	ГУЗ "Суворовская центральная районная больница"(кроме педиатрического и терапевтического отделений)
3	ГУЗ "Щекинская районная больница"
	Подуровень Б
4	ГУЗ "Тульский областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями"

5	ГУЗ "Городская клиническая больница №2 г.Тулы имени Е.Г.Лазарева"
6	ГУЗ "Городская больница №11 г.Тулы" (кроме неврологического, терапевтического отделений)
7	ГУЗ "Алексинская районная больница №1 имени профессора В.Ф.Снегирева"(кроме травматологического отделения)
8	ГУЗ "Ефремовская районная больница имени А.И.Козлова" (кроме травматологического отделения)
	Подуровень В
9	ГУЗ "Тульский областной госпиталь ветеранов войн и труда"
10	ГУЗ "Тульская областная клиническая больница № 2 имени Л.Н.Толстого" (кроме ортопедического отделения)
11	ГУЗ "Городская больница №10 г.Тулы"
12	ГУЗ "Детская городская клиническая больница г.Тулы"
	Подуровень Г
13	ГУЗ "Тульский областной перинатальный центр" (кроме неонатологического отделения)
14	ГУЗ "Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д.Я. Ваныкина"(кроме неонатологического, офтальмологического, травматолога - ортопедического для взрослых отделений и отделения абдоминальной хирургии)
15	ГУЗ "Городская больница №7 г. Тулы" (кроме отделения челюстно-лицевой хирургии)
16	ГУЗ "Родильный дом №1 имени В.С.Гумилевской" (кроме отделения патологии беременности)
17	ГУЗ "Новомосковская городская клиническая больница" (кроме офтальмологического, травматологического для взрослых, кардиологического для взрослых отделений)
18	ЧУЗ "Клиническая больница "РЖД - Медицина" г.Тула (кроме гинекологического отделения)
	Подуровень Д
19	ГУЗ "Городская больница №3 г. Тулы" (онкологическое отделение)
20	ГУЗ "Городская больница №9 г. Тулы" (кроме терапевтического отделения)
21	ГУЗ "Плавская центральная районная больница имени С.С.Гагарина" (неврологическое и травматологическое отделения)
	Коэффициент III уровня оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара
	Подуровень А
1	ГУЗ "Тульский областной клинический кожно-венерологический диспансер"
2	ГУЗ "Ефремовская районная больница имени А.И.Козлова" (травматологическое отделение)
	Подуровень Б
3	ГУЗ ТО"Тульская областная клиническая больница"
4	ГУЗ "Алексинская районная больница №1 имени профессора В.Ф.Снегирева"(травматологическое отделение)
	Подуровень В
5	ГУЗ "Тульский областной онкологический диспансер"

6	ЧУЗ "Клиническая больница "РЖД - Медицина" г.Тула (гинекологическое отделение)
	Подуровень Г
7	ГУЗ "Тульская детская областная клиническая больница"
8	ГУЗ "Тульский областной перинатальный центр" (неонатологическое отделение)
9	ГУЗ "Родильный дом №1 имени В.С.Гумилевской" (отделение патологии беременности)
	Подуровень Д
10	ГУЗ "Тульская областная клиническая больница № 2 имени Л.Н.Толстого" (ортопедическое отделение)
11	ГУЗ "Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д.Я. Ваныкина" (неонатологическое, офтальмологическое, травматолого - ортопедическое для взрослых отделения и отделение абдоминальной хирургии)
12	ГУЗ "Городская больница №7 г.Тулы" (отделение челюстно-лицевой хирургии)
13	ГУЗ "Городская больница № 13 г.Тулы"
14	ГУЗ "Донская городская больница №1" (травматолого - ортопедическое отделение)
15	ГУЗ "Новомосковская городская клиническая больница" (офтальмологическое, травматологическое для взрослых, кардиологическое для взрослых отделения)
16	ФГБУ "Федеральный центр цереброваскулярной патологии и инсульта" МЗ РФ
17	ФГБНУ "Научный центр неврологии"

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

Наименование медицинской организации	№ группы ВМП
ГУЗ ТО "Тульская областная клиническая больница"	1, 2, 4, 5, 6, 10, 12, 14, 16, 20, 22, 27, 28, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 45, 46, 47, 48, 50, 53, 54
ГУЗ "Тульская областная клиническая больница № 2 имени Л.Н.Толстого"	50
ГУЗ "Тульский областной онкологический диспансер"	20, 23, 24
ГУЗ "Тульский областной клинический кожно-венерологический диспансер"	9
ГУЗ "Тульский областной перинатальный центр"	18, 19
ГУЗ "Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д.Я. Ваныкина"	1, 18, 19, 28, 47, 48, 49

ГУЗ "Городская больница № 7 г. Тулы"	55
ГУЗ "Городская больница № 13 г. Тулы"	41,43
ГУЗ "Новосковская городская клиническая больница"	28, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 50
ГУЗ "Донская городская больница № 1"	50
ГУЗ "Тульская детская областная клиническая больница"	6, 18, 31,53
ГУЗ "Родильный дом № 1 г. Тулы имени В.С.Гумилевской"	3
ГУЗ "Алексинская районная больница имени профессора В.Ф.Снегирева"	47
ГУЗ "Ефремовская районная больница имени А.И.Козлова"	50
ЧУЗ "Клиническая больница "РЖД - Медицина" г.Тула	3

2.3. ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

1. Установленные способы оплаты медицинских услуг, оказываемых в условиях дневного стационара:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний (КСГ); способ оплаты по КПП в дневном стационаре не применяется;

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

2. Оплата медицинской помощи в условиях дневного стационара на основе групп заболеваний, в том числе КСГ, 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) и клинико-профильных групп (КПП)" Методических рекомендаций.

3. Распределение медицинских организаций по уровню оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара

№ п/п	Наименование медицинской организации
	Уровень оказания медицинской помощи
1	ГУЗ "Тульский областной госпиталь ветеранов войн и труда"
2	ГУЗ "Городская больница № 3 г.Тулы"
3	ГУЗ "Городская больница № 9 г.Тулы»
4	ГУЗ "Городская больница № 10 г.Тулы"
5	ГУЗ "Городская больница № 11 г.Тулы"
6	ГУЗ "Белевская центральная районная больница"
7	ГУЗ "Богородицкая центральная районная больница"

8	ГУЗ "Веневская центральная районная больница"
9	ГУЗ «Донская городская больница №1»
10	ГУЗ "Дубенская центральная районная больница"
11	ГУЗ "Заокская центральная районная больница"
12	ГУЗ "Кимовская центральная районная больница"
13	ГУЗ ТО "Киреевская центральная районная больница"
14	ГУЗ "Куркинская центральная районная больница"
15	ГУЗ "Ленинская районная больница"
16	ГУЗ "Одоевская центральная районная больница имени П.П.Белоусова "
17	ГУЗ "Тепло-Огаревская центральная районная больница"
18	ГУЗ "Узловская районная больница"
19	ГУЗ "Ясногорская районная больница"
20	ООО "Медицинский центр "Здоровье"
21	ООО "Эксклюзив"
	II уровень оказания медицинской помощи
1	ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница»
2	ГУЗ «Тульская областная клиническая больница № 2 имени Л.Н.Толстого»
3	ГУЗ «Тульский областной перинатальный центр»
4	ГУЗ «Тульский областной клинический кожно-венерологический диспансер»
5	ГУЗ «Тульский областной онкологический диспансер»
6	ГУЗ «Тульская детская областная клиническая больница»
7	ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии»
8	ГУЗ "Тульский областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями"
9	ГУЗ «Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д.Я. Ванькина»
10	ГУЗ "Городская клиническая больница № 2 г.Тулы имени Е.Г. Лазарева"
11	ГУЗ «Городская больница № 7 г.Тулы»
12	ГУЗ «Родильный дом № 1 г.Тулы имени В.С. Гумилевской»
13	ГУЗ "Детская городская клиническая больница"
14	ГУЗ "Алексинская районная больница № 1 имени профессора В.Ф.Снегирева"
15	ГУЗ "Ефремовская районная больница имени А.И.Козлова "
16	ГУЗ "Амбулатория п. Рассвет"
17	ГУЗ «Новомосковская городская клиническая больница»
18	ГУЗ "Плавская центральная районная больница имени С.С.Гагарина"
19	ГУЗ "Суворовская центральная районная больница"
20	ГУЗ "Щекинская районная больница"
21	ЧУЗ "Клиническая больница "РЖД-Медицина" города Тула"
22	АНО "Клиника микрохирургии глаза Взгляд" (г. Тула)
23	ООО "Медицинская территориальная клиника "Микрохирургии глаза +" (г.Калуга)
24	ООО "Хавен"
25	ООО "Витромед Тула"
26	ООО "МЕДЕКО"
27	ООО "ЭКО центр"
28	ООО "ЭКО-Содействие"
29	ООО "Клиника Доктора Фомина. Калуга"
30	ООО "ДЖИ ЭМ ЭС ЭКО" г.Москва
31	ООО "Клиника ВРТ – "Дети из пробирки"
32	ООО " ПЭТ-Технолоджи"

	III уровень оказания медицинской помощи
1	ООО "Центр новых медицинских технологий"

4. Финансирование по законченному случаю лечения в дневном стационаре на основе групп заболеваний по КСГ осуществляется по стоимости законченного случая лечения по КСГ в дневном стационаре.

5. При планировании объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара по системе КСГ, из общего объема средств 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 по сравнению с запланированным.

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

- коэффициент относительной затратоемкости КСГ - определяется на федеральном уровне (установлен Методическими рекомендациями);
- управленческий коэффициент для КСГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара. Значение управленческого коэффициента может быть как выше 1, так и ниже 1; размер управленческого коэффициента для КСГ (значение управленческого коэффициента) - от 0,8 до 1,4;
- коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях. Значение коэффициента сложности лечения пациента устанавливается в соответствии с Приложением 3 к Методическим рекомендациям.

Управленческий коэффициент, коэффициент сложности лечения пациента формируют поправочный коэффициент оплаты.

7. Тариф стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара определяется путем перемножения базовой ставки законченного случая лечения на коэффициент относительной затратоемкости и на поправочный коэффициент.

8. Оплата за счет средств ОМС медицинской помощи, оказанной в 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;

- услуг диализа, включающих различные методы.

9. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований осуществляется в следующем порядке:

9.1. в случае, если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ;

9.2. если хирургическое лечение не проводилось, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ.

9.3. К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

Перечень КСГ дневного стационара, по которым осуществляется оплата в полном объеме, независимо от длительности лечения

№ КСГ	Наименование КСГ
ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
ds02.005.1	Экстракорпоральное оплодотворение с КСЛП 0,19
ds02.005.2	Экстракорпоральное оплодотворение с КСЛП 0,6
ds02.005.3	Экстракорпоральное оплодотворение с КСЛП 1,0
ds02.005.4	Экстракорпоральное оплодотворение с КСЛП 1,1
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.007	Аборт медикаментозный
ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе*
ds08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
ds15.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
ds19.018	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
ds19.019	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
ds19.020	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*

ds19.021	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
ds19.022	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
ds19.023	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
ds19.024	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
ds19.025	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
ds19.026	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
ds19.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
ds19.028	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
ds19.029	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ
ds19.030	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*
ds19.031	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*
ds19.032	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
ds19.033	Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования
ds19.034	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые*
ds19.035	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые*
ds19.036	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы*
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
ds20.006	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
ds25.001	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
ds27.001	Отравления и другие воздействия внешних причин
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
ds36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*

ds36.004	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*
----------	---

<*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения

9.4. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях:

в случае, если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ;

в случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение не проводилось.

9.5. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией:

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);

прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение не проводилось.

10. При переводе пациента из отделения дневного стационара медицинской организации в круглосуточный стационар, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии

злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации.

При этом если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

11. При оплате случаев лечения с проведением диализа стоимость одного законченного случая лечения складывается из стоимости фактически выполненных в течение месяца услуг диализа и тарифа КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание.

При расчете тарифа на услугу ГД используется базовый тариф на оплату диализа и коэффициент относительной затратноемкости, установленный в приложении 4 к Методическим рекомендациям.

12. Оплата проведения экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) осуществляется за законченный случай лечения по установленному тарифу КСГ. При проведении ЭКО к тарифу законченного случая лечения применяется коэффициент сложности лечения пациентов (КСЛП), учитывающий уровень затрат на оказание медицинской помощи в зависимости от этапа лечения.

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

Наименование медицинской организации	№ группы ВМП
ООО "Центр новых медицинских технологий"	20

2.4. ОПЛАТА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. Установленный способ оплаты 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) - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

2. Перечень медицинских услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам: вызов к застрахованным за пределами Тульской области лицам, предъявляемый МО в случае его выполнения:

- 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 тромболитического лечения.

3. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, и применяемые способы оплаты скорой медицинской помощи

№ п/п	Наименование медицинской организации	МО, финансируемые по подушевому нормативу
1	ГУЗ ТО "Территориальный центр медицины катастроф, скорой и неотложной медицинской помощи"	+

4. 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 на оплату проведения бригадой скорой медицинской помощи тромболитической терапии,

- 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.

5. В связи с тем, что в рамках выполнения территориальной программы ОМС оказание скорой медицинской помощи осуществляется единой медицинской организацией, определение интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи для однородных групп медицинских организаций не применяется (равен 1). Согласно разделу III. "Способы оплаты скорой медицинской помощи, в том числе на основе подушевого норматива финансирования" Методических рекомендаций данный коэффициент учитывается в среднем подушевом нормативе финансирования скорой медицинской помощи.

6. Ежемесячный объем подушевого финансирования СМП для МО определяется как 1/12 годового объема финансовых средств на подушевое финансирование СМП.

7. В реестры счетов на оплату скорой медицинской помощи в обязательном порядке включаются все единицы объема оказанной скорой медицинской помощи по установленным тарифам. Формирование отчетных форм по объемам СМП, представляемых в Фонд, должны соответствовать данным реестров счетов, принятых к учету для оплаты СМО.

3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи формируется в соответствии с методикой, установленной Правилами ОМС, на основе стандартов и порядков оказания медицинской помощи, учитывая методические рекомендации по способам оплаты за счет средств ОМС.

3.2. Размер и структура тарифов устанавливаются дифференцированно с учетом коэффициента уровня/подуровня оказания медицинской помощи для групп МО и/или структурных подразделений МО:

1) коэффициент первого уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

2) коэффициент второго уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, а также для специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров, диспансеров;

3) коэффициент третьего уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

3.3. 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)

3.1. АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Тульской области, в расчете на одно застрахованное лицо, - 4255,0 руб.

2. Коэффициенты уровня оказания амбулаторно-поликлинической помощи

Уровень	Коэффициент
I уровень	0,98
II уровень	1,05

3. Базовая ставка тарифа на оплату посещения устанавливается в размере 103,80 руб.

Тарифы на оплату посещений с иными целями с учетом уровня оказания амбулаторно-поликлинической помощи

Специальности	Относительный коэффициент стоимости посещения с учетом специальности	Тариф посещения, руб.		Тариф посещения с применением ММК, руб.	
		I уровень	II уровень	I уровень	II уровень
Кардиология и ревматология	0,9740	99,10	106,20	104,00	111,50
Педиатрия	1,2900	131,20	140,60	137,80	147,60
Терапия	0,8554	87,00	93,20	91,40	97,90
Эндокринология	1,7598	179,00	191,80	188,00	201,4
Аллергология	1,6206	164,90	176,60		
Неврология	1,0148	103,20	110,60	108,40	116,10
Инфекционные	1,2842	130,60	140,00		
Хирургия	0,9113	92,70	99,30	97,30	104,30
Урология	0,7374	75,00	80,40	78,80	84,4
Акушерство-гинекология	1,1941	121,50	130,10	127,50	136,70
Оториноларингология	0,7102	72,20	77,40	75,90	81,30
Офтальмология	0,6088	61,90	66,40	65,00	69,70
Дерматология	0,7348	74,70	80,10	78,50	84,10

Средний медицинский работник	0,5000	50,90	54,50	53,40	57,20
------------------------------	--------	-------	-------	-------	-------

4. Базовая ставка тарифа на оплату посещения при оказании неотложной медицинской помощи – 775,50 руб.

Тарифы на оплату посещений при оказании неотложной медицинской помощи с учетом уровня оказания амбулаторно-поликлинической помощи

Специальности	Относительный коэффициент стоимости посещения с учетом специальности	Тариф законченного случая, руб.	
		I уровень	II уровень
Посещение при оказании неотложной медицинской помощи врача	1,0	760,00	814,30
Посещение при оказании неотложной медицинской помощи СМР	0,5	380,00	407,10

5. Тарифы на оплату амбулаторно-поликлинической помощи посещений по амбулаторной хирургии:

1 категории сложности - 470,3 руб.

2 категории сложности - 604,6 руб.

3 категории сложности - 1288,3 руб.

6. Тариф на оплату одного посещения с комплексным обследованием в Центрах здоровья устанавливается для всех Центров здоровья в едином размере – 916,3 руб. Тариф на посещение для динамического наблюдения в Центре здоровья (врачебное) - 88,80 руб.

7. Базовая ставка тарифа на обращение по поводу заболевания – 1012,80 руб.

Тарифы на оплату обращений по поводу заболевания с учетом уровня оказания амбулаторно-поликлинической помощи

Специальности	Относительный коэффициент стоимости посещения с учетом специальности	Тариф обращения, руб.		Тариф обращения с применением ММК, руб.	
		I уровень	II уровень	I уровень	II уровень
Кардиология и ревматология	1,04	1032,20	1106,00	1083,90	1161,30
Педиатрия	1,25	1240,70	1329,30	1302,70	1395,80
Терапия	0,81	804,00	861,40	844,20	904,50
Эндокринология	1,52	1508,70	1616,40	1584,10	1697,30

Аллергология	1,45	1439,20	1542,00		
Неврология	1,02	1012,40	1084,70	1063,00	1138,90
Инфекционные болезни	1,05	1042,20	1116,60		
Хирургия	0,94	933,00	999,60	979,60	1049,60
Урология	0,66	655,10	701,90	687,80	737,00
Акушерство-гинекология	1,55	1538,40	1648,30	1615,40	1730,70
Оториноларингология	1,00	992,50	1063,40	1042,20	1116,60
Офтальмология	0,79	784,10	840,1	823,30	882,10
Дерматология	1,06	1052,10	1127,20	1104,7	1183,60

8. Тариф обращения по физической терапии опорно-двигательного аппарата (ФТОДА) – 3134,00 руб.

9. Тарифы для ЦАОП, ПОК, МОК:

- посещение с профилактической целью к врачу-онкологу – 94,6 руб.

- разовое посещение по заболевания к врачу-онкологу – 283,8 руб.

- обращение по поводу заболевания к врачу-онкологу – 960,9 руб.

- комплексное обращение по поводу заболевания к врачу-онкологу (включая перечень установленных исследований) - 2160,9 руб.

9. 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 устанавливаются в соответствии с Приложением 4 к настоящему ТС.

10. Повышающий коэффициент к тарифам на посещения, обращения, медицинские услуги и мероприятия в рамках профилактических осмотров, включая диспансеризацию, проводимые мобильными медицинскими комплексами, устанавливается в размере 1,05.

11. Тарифы стоимости диагностических (инструментальных и лабораторных) исследований в диагностических центрах, централизованной лаборатории, бактериологических исследований, в том числе для осуществления взаиморасчетов между медицинскими организациями в сфере ОМС Тульской области, устанавливаются в соответствии с приложением 2 к настоящему ТС.

12. Базовый тариф на оплату диализа (услуга "Гемодиализ") устанавливается в размере 5949 руб. (представлен в приложении 5 к настоящему ТС).

Стоимость законченного курса по итогам месяца определяется пропорционально количеству фактически выполненных услуг с проведением ГД.

13. Тариф на оплату перитонеального диализа - один день обмена - 5949 руб. (представлен в приложении 5 к настоящему ТС).

Стоимость законченного курса по итогам месяца определяется пропорционально количеству фактически выполненных услуг с проведением ПД; в случае продолжительности случая лечения в течение полного месяца, стоимость законченного случая (одно обращение) составляет –180850 руб.

14. Тариф одной условной единицы трудоемкости (УЕТ) для оплаты стоматологических услуг, оказываемых застрахованным лицам в соответствии с перечнем услуг, установленных в приложении 3 к настоящему ТС, устанавливается в размере - 102,0 руб.

15. Подушевое финансирование медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях прикрепившимся лицам, на услуги, включенные в Перечень:

15.1. Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях на 2020 год - 1041,10 руб., в месяц - 86,75 руб.

15.2. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива амбулаторно-поликлинической помощи:

Для лиц моложе трудоспособного возраста						Для лиц трудоспособного возраста		Для лиц старше трудоспособного возраста	
0 - 1 год		1 - 4 года		5 - 17 лет		18 - 64 лет	18 - 64 года	65 лет и старше	65 лет и старше
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
5,2521	5,1584	4,1965	4,0765	2,2998	2,3580	0,3808	0,5911	1,600	1,600

15.3. Коэффициент подуровня медицинской организации для расчета подушевого финансирования для групп медицинских организаций, коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц (КДот), поправочный коэффициент приведения в соответствие рассчитанного объема средств к общему объему финансирования по подушевому нормативу установлены в приложении 6 к настоящему ТС.

16. При соответствии фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП/ФП) требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, годовой размер финансового обеспечения составляет:

для ФАП/ФП обслуживающего:

до 100 жителей – 957200 рублей, с учетом понижающего коэффициента в зависимости от численности обслуживаемого населения,
 от 100 до 900 жителей – 957 200 рублей,
 от 900 до 1500 жителей – 1 516 400 рублей,
 от 1500 до 2000 жителей – 1 702 800 рублей,
 свыше 2000 жителей – 1 702 800 рублей.

В том числе:

— размер финансового обеспечения на покрытие расходов за исключением расходов на оплату труда (расходы по содержанию имущества, коммунальным услугам, оплате налогов и прочее) по всем видам ФАП/ФП - 171 100 рублей;

— размер финансового обеспечения на покрытие расходов по оплате труда медицинского персонала в зависимости от численности обслуживаемого населения:

до 100 жителей – 786 100 руб. с учетом понижающего коэффициента в зависимости от численности обслуживаемого населения,
 от 100 до 900 жителей – 786 100 рублей,
 от 900 до 1500 жителей – 1 345 300 рублей,
 от 1500 до 2000 жителей – 1 531 700 рублей,
 свыше 2000 жителей – 1 531 700 рублей.

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 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.

3.2. СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ

1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой условиях круглосуточного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Тульской области, в расчете на одно застрахованное лицо - 5313,5 руб.

2. Коэффициенты уровня оказания стационарной помощи

Уровень/подуровень стационара	Коэффициент
I уровень , в том числе	0,95
подуровень "А"	0,83

подуровень "Б"	0,9
подуровень "В"	0,941
подуровень "Г"	0,986
подуровень "Д"	1,09
II уровень , в том числе	1,1
подуровень "А"	0,986
подуровень "Б"	1,042
подуровень "В"	1,1
подуровень "Г"	1,15
подуровень "Д"	1,283
III уровень , в том числе:	1,3
подуровень "А"	1,1
подуровень "Б"	1,185
подуровень "В"	1,2
подуровень "Г"	1,41
подуровень "Д"	1,465

3. Базовая ставка стоимости законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара по клинко-статистическим группам (КСГ) заболеваний устанавливается в размере – 22 564,0 руб.

4. Тарифы на оплату законченного случая лечения по клинко-статистическим группам (КСГ) с учетом уровня оказания стационарной помощи представлены в приложении 8 к настоящему ТС.

5. Базовый тариф на оплату диализа (услуга "Гемодиализ") устанавливается в размере 5949 руб. (представлен в приложении 5 к настоящему ТС).

Тарифы на ГД продолжительный, гемофильтрацию крови продолжительную, гемодиализацию продолжительную представлены в приложении 5 к настоящему ТС".

6. Оплата случаев лечения с проведением реанимационных мероприятий осуществляется с применением дополнительного классификационного критерия (it1 и it2) по КСГ.

7. Согласно Методическим рекомендациям при оплате по КСГ применяются следующие коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП)

Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний)	1,1
Сложность лечения пациента, связанная с возрастом	1,1

(лица старше 75 лет) (в том числе, включая консультацию врача-гериатра)*	
Сложность лечения пациента при наличии у него старческой астении **	1,1
Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (критерии применения КСЛП представлены в Инструкции)	1,5

* - кроме случаев госпитализации на геронтологические профильные койки

** - применяется в случае госпитализации на геронтологические профильные койки пациента с основным диагнозом, не включенным в перечень диагнозов, определенных КСГ "Соматические заболевания, осложненные старческой астенией".

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ КРУГЛОСУТОЧНОГО СТАЦИОНАРА

9. 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 - 619,17 руб.

10. Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой медицинскими учреждениями Тульской области, оплачиваемой за счет средств обязательного медицинского страхования с указанием величины тарифа, представлены в приложении № 9 к настоящему ТС.

3.3. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

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 – 1 115,9 руб.

2. Базовая ставка стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара по клинико-статистическим группам заболеваний (КСГ) года устанавливается в размере - 12 272,64 руб.

3. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара для всех уровней оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара не устанавливается (равен 1).

4. Базовый тариф на оплату диализа (услуга "Гемодиализ") устанавливается в размере 5949 руб. (представлен в приложении 5 к настоящему ТС).

5. Коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) при проведении ЭКО

№п/п	Наименование этапов проведения ЭКО	Значение КСЛП
1	Проведение первого этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции), I-II (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки), I-III (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов (неполный цикл)	0,6
2	Проведение I-III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов (неполный цикл)	1
3	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов	1
4	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов*	1,1
5	Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос)	0,19

* - в данный этап не входит осуществление размораживания криоконсервированных эмбрионов и перенос криоконсервированных эмбрионов в полость матки

6. Тарифы на оплату законченного случая лечения по клинико-статистическим группам заболеваний (КСГ) в условиях дневного стационара устанавливаются в соответствии с Приложением 10 к настоящему ТС.

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

8. Средний размер финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара, оказываемой в рамках базовой программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо - 1,73 руб.

Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара, оказываемой медицинскими учреждениями Тульской области, оплачиваемой за счет средств ОМС:

№ группы ВМП	Сокращенное наименование вида ВМП	Тариф на оплату вида ВМП, руб.
ОНКОЛОГИЯ		
20	Видеоэндоскопические внутриполостные и видеоэндоскопические внутрисветные хирургические вмешательства, интервенционные радиологические вмешательства, малоинвазивные органосохраняющие вмешательства при злокачественных новообразованиях, в том числе у детей	127 818

Реконструктивно-пластические, микрохирургические, обширные циторедуктивные, расширенно-комбинированные хирургические вмешательства, в том числе с применением физических факторов (гипертермия, радиочастотная термоабляция, фотодинамическая терапия, лазерная и криодеструкция и др.) при злокачественных новообразованиях, в том числе у детей	
---	--

3.4. СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Тульской области, в расчете на одно застрахованное лицо –686,4 руб.

2. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи - 697,32 руб.

3. 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"	697,32	1 015 140 048,0	79 824 803

4. Тарифы стоимости одного вызова СМП (выезда)

Наименование вызова	Стоимость одного вызова, руб.
Вызов СМП, выполненный врачебной бригадой (ВБ)	3 327,20
Вызов СМП, выполненный фельдшерской бригадой (ФБ)	2 428,60
Вызов СМП, выполненный бригадой интенсивной терапии (ИТ)	3 885,80
Вызов СМП, выполненный специализированной бригадой (СБ)	4 371,50
Вызов СМП для выполнения транспортировки	1 092,90
Вызов СМП безрезультатный (за исключением отмененного)	1 092,90
Вызов СМП для констатации смерти	1 092,90
Вызов СМП с проведением тромболизиса	30 540,32

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 осуществляется в соответствии с приказом Министертства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования", приказом Федерального фонда ОМС от 07.04.2011 № 79 "Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования" (далее приказ ФФОМС от 07.04.2011 № 79), территориальным Порядком информационного взаимодействия при осуществлении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и приказом Федерального фонда ОМС от 28.02.2019 № 36 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию". 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 1 к тарифному соглашению.

5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящее ТС вступает в силу с 1 января 2020 года и действует до принятия нового ТС.

2. Настоящее ТС может быть изменено или дополнено. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего ТС с момента их подписания.

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

4. Инициатором пересмотра или изменения ТС может выступать любой из членов Комиссии.

5. 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.

6. Разногласия, связанные с оплатой некачественно оказанной медицинской помощи, регулируются в соответствии с Приложением 11 настоящего ТС.

7. Спорные вопросы, неурегулированные Комиссией, могут быть переданы для рассмотрения в суд. Иски участников обязательного медицинского страхования рассматриваются в порядке, установленном действующим законодательством РФ и Тульской области.

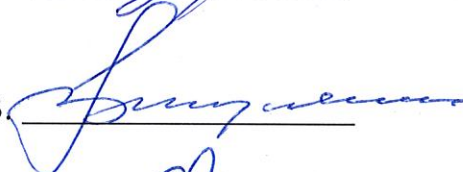
Эрк А.А.



Дубровина О.А.



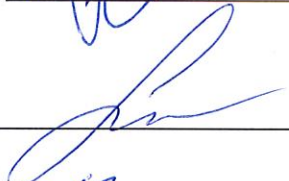
Тулянкин Ю.В.



Красноперова Ю.С.



Ильина М.Л.



Корнеев А.А.



Гомова Т.А.



Макарова Е.С.



Богомолова Т.Г.



Сотник О.Н.

