

ГЕНЕРАЛЬНОЕ ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ в системе обязательного медицинского страхования Тамбовской области на 2020 год

« 31 » декабря 2019

г.Тамбов

Управление здравоохранения Тамбовской области в лице начальника управления М.В. Лапочкиной, действующего на основании Положения, территориальный фонд обязательного медицинского страхования Тамбовской области в лице директора И.В.Комарова, действующего на основании Положения, ООО ВТБ Медицинское страхование в лице директора Тамбовского филиала ООО ВТБ Медицинское страхование Е.Н.Семеновой, действующего на основании Положения о филиале и доверенности, Тамбовская областная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя С.И. Федотовой, действующего на основании Устава, и Региональная общественная организация «Ассоциация врачей Тамбовской области» в лице председателя Совета В.В.Милованова, действующего на основании Устава, заключили настоящее Генеральное тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Тамбовской области на 2020 год (далее - Соглашение) о нижеследующем.

1.ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящее Соглашение разработано в соответствии с Федеральным Законом от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», 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», Правилами обязательного медицинского страхования, утверждёнными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 №108н, постановлением администрации Тамбовской области от 30.12.2019 №1503 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Тамбовской области медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» (далее – Программа), приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 №247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

1.2. Предметом настоящего Соглашения являются согласованные сторонами тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по Территориальной программе обязательного медицинского страхования, способы оплаты медицинской помощи, размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплата медицинской организацией штрафов за неоказание,

несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

1.3. Тарифное соглашение и тарифы применяются для расчетов за медицинскую помощь, оказанную в соответствии с Территориальной программой обязательного медицинского страхования лицам, застрахованным на территории области, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования медицинскими организациями области лицам, застрахованным за пределами её территории.

1.4. Оплата медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, осуществляется страховыми медицинскими организациями в соответствии с действующими договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС) в сроки и на условиях, предусмотренных договорами.

Оплата медицинской помощи медицинским организациям, включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Тамбовской области, оказывающих медицинскую помощь в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности в другом субъекте Российской Федерации, применяются тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, действующие в субъекте Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи.

1.5. Настоящее Соглашение является обязательным для исполнения всеми участниками системы обязательного медицинского страхования Тамбовской области и распространяется на все медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности.

1.6. Для целей настоящего Соглашения используются следующие понятия и термины:

Территориальная программа обязательного медицинского страхования - часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования.

Застрахованное лицо – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Прикрепленное население – лица, застрахованные по ОМС в Тамбовской области, получающие медицинские услуги в рамках первичной медико-санитарной помощи и проживающие (пребывающие) на территории, находящейся в зоне обслуживания медицинской организации, или включенные по заявлению пациента в поимённые списки, сформированные в соответствии с порядками организации оказания первичной медико-

санитарной помощи взрослому населению и выбора медицинской организации, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Оказание плановой первичной медико-санитарной помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий застрахованному лицу, обратившемуся в медицинскую организацию не по месту прикрепления, осуществляется только по направлению лечащего врача.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий (включая медицинские услуги, организационно-технические и санитарно-противоэпидемические мероприятия, лекарственное обеспечение и др.), направленных на удовлетворение потребностей населения в поддержании и восстановлении здоровья.

Скорая медицинская помощь - медицинская помощь, оказываемая гражданам в экстренной форме при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, а также обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента.

Неотложная медицинская помощь – медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях или на дому при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

Посещение - контакт пациента с врачом по любому поводу с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного (жалоб, объективного статуса, диагноза, рекомендаций, назначение лечения, записи динамического наблюдения за пациентом) с оформлением талона амбулаторного пациента.

Комплексное посещение - единица учета объемов амбулаторно-поликлинической помощи с профилактической и иными целями, включающая комплекс необходимых исследований и осмотров врачей-специалистов при проведении диспансеризации и профилактических осмотров в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Обращение по поводу заболевания – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания и оформлением одного статистического талона амбулаторного пациента с отметкой в нем всех посещений.

Посещение приемного отделения – случай оказания неотложной медицинской помощи, в том числе с использованием диагностических исследований, в приемном отделении стационара без последующей госпитализации.

Посещение по поводу диспансерного наблюдения - посещение с целью обследования с определенной периодичностью лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц.

Профилактический медицинский осмотр - одна из форм активной медицинской помощи населению, проводимая в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов.

Диспансеризация - комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Подушевой норматив финансирования медицинской организации – показатель, отражающий размер средств на осуществление затрат по предоставлению медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо.

Условная единица трудоемкости (УЕТ) – норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом (хирургическом) приеме, необходимого для лечения среднего кариеса.

Случай госпитализации – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

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

Подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний - группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы с учетом дополнительных классификационных критериев, для которой установлен коэффициент относительной затроемкости, отличный от коэффициента относительной затроемкости по клинико-статистической группе, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп.

Базовая ставка (средняя стоимость законченного случая лечения) – 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.

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

Управленческий коэффициент – 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 заболеваний.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи – коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

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

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

2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. Способы оплаты медицинской помощи устанавливаются в зависимости от условий оказания медицинской помощи, определенных частью 3 статьи 32 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.1.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- 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 субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, 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);

2.1.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), и в условиях дневного стационара:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний) (далее – 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.

2.1.3. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

2.2. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

2.2.1. По подушевому нормативу финансирования производится оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, имеющими прикрепленное застрахованное население.

Перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования, включает в себя расходы на первичную медико-санитарную помощь (доврачебную, врачебную и первичную специализированную) оказываемую:

- участковой службой (врачами - терапевтами участковыми, врачами - педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами);
- врачами – специалистами, за исключением расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой не осуществляется по подушевому нормативу финансирования;
- средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включается:

- размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;
- размер средств, направляемых на оплату проведения 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);

- на оплату услуг позитронно-эмиссионной томографии и других видов исследований в рамках установленных объемов по отдельным видам исследований;

- размер средств, направляемых на проведение профилактических медицинских осмотров (включая первое посещение для проведения диспансерного наблюдения);

- размер средств, направляемых на проведение диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований,

- размер средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме;

- размер средств, направляемых на оплату:
 - стоматологической медицинской помощи;
 - медицинской помощи, оказываемой врачами-акушерами-гинекологами;
 - медицинской помощи, оказываемой врачом-акушером-гинекологом с проведением маммографии на базе мобильного комплекса;
 - медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами женских консультаций;
 - медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами с проведением флюорографии на базе мобильного комплекса;
 - медицинской помощи, оказываемой врачами-дерматовенерологами;
 - медицинской помощи, оказываемой в травматологических пунктах;
 - медицинской помощи, оказываемой в Центрах здоровья;
 - медицинской помощи, оказываемой врачом-урологом с проведением операции в диагностических целях (биопсия);
 - на оплату услуг диализа.

Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, установлен приложением № 1.

2.2.2. За единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай):

- по видам, не входящим в подушевое финансирование;
- в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;
- в медицинских организациях других субъектов лицам, застрахованным на территории области;
- в медицинских организациях области лицам, застрахованным на территории других субъектов.

Перечень медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи, установлен приложением №2.

2.2.3. За единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) оплачивается:

- профилактический медицинский осмотр взрослого населения (включая первое посещение для проведения диспансерного наблюдения), в том числе проведенный мобильной медицинской бригадой (ММК);

- профилактический медицинский осмотр несовершеннолетних;

- диспансеризация, включающая профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований взрослого населения, в том числе проведенная мобильной медицинской бригадой (ММК), в том числе:

- диспансеризация, проводимая один раз в три года в возрасте от 18 до 39 лет включительно;

- диспансеризация, проводимая ежегодно в возрасте 40 лет и старше, а также в отношении отдельных категорий граждан, включая:

- а) инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, а также участников Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

- б) лиц, награжденных знаком "Жителю блокадного Ленинграда" и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

- в) бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

- г) работающих граждан, не достигших возраста, дающего право на назначение пенсии по старости, в том числе досрочно, в течение пяти лет до наступления такого возраста и работающих граждан, являющихся получателями пенсии по старости или пенсии за выслугу лет;

- диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

Профилактический медицинский осмотр и диспансеризация определенных групп взрослого населения, профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних, диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью проводятся в соответствии с порядками, утвержденными приказами Минздрава России.

2.2.4. Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются выполненными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови, которые проводятся в соответствии с порядком, установленным приказом Минздрава России.

При проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации могут учитываться результаты ранее проведенных (не позднее одного года) медицинских осмотров, диспансеризации, подтвержденные медицинскими документами гражданина, за исключением случаев выявления у него симптомов и синдромов заболеваний, свидетельствующих о наличии медицинских показаний для повторного проведения исследований и иных медицинских мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации.

2.2.5. Оплата профилактического медицинского осмотра в рамках диспансерного наблюдения (первое посещение в году) проводится с обязательным указанием в реестре признака «Диспансерное наблюдение».

Все последующие посещения при диспансерном наблюдении в течение года оформляются как посещения с профилактическими целями с обязательным указанием в реестре признака «диспансерное наблюдение». Случай обращения пациента группы «диспансерного наблюдения» по поводу заболевания оформляется как обращение или разовое посещение в связи с заболеванием, с указанием в реестре признака «диспансерное наблюдение».

2.2.6. В случае проведения диспансеризации и профилактических осмотров в выходные дни к тарифам применяется повышающий коэффициент в размере 1,05.

2.2.7. Оплата второго этапа диспансеризации осуществляется за посещения и диагностические исследования, проведенные в рамках случая.

2.2.8. В Центрах здоровья оплата медицинской помощи осуществляется за посещение:

- при проведении комплексного обследования (один раз в отчетном году);
- при обращении для динамического наблюдения (повторное посещение).

2.2.9. Оплата стоматологической помощи осуществляется за посещение, за обращение, исходя из фактического количества выполненных в рамках оказания стоматологической помощи условных единиц трудоемкости и утвержденной стоимости условной единицы трудоемкости (УЕТ).

2.2.10. Оплата неотложной медицинской помощи осуществляется за посещение.

2.2.11. Оплата медицинской помощи при проведении амбулаторного диализа производится за одну услугу диализа и (или) один день обмена перитонеального диализа. За единицу объема медицинской помощи принимается лечение в течение одного месяца и учитывается как одно обращение. Тарифы на услуги устанавливаются дифференцированно по методам диализа.

Реестр счетов на оплату законченного случая (обращения) оказания диализных услуг формируется по фактическому числу услуг диализа или количеству дней обмена при перитонеальном диализе, проведенных пациенту в течение отчетного месяца.

2.2.12. При невозможности оказания медицинской помощи в полном объеме, медицинская организация обеспечивает оказание медицинской помощи в других медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление соответствующих видов работ (услуг).

2.2.13. Медицинские организации обязаны вести отдельный учет объемов:

I. посещений с профилактической и иными целями:

1. комплексные посещения при проведении профилактических медицинских осмотров:

1.1 комплексные посещения при проведении профилактических медицинских осмотров взрослого населения (включая первое посещение для проведения диспансерного наблюдения), в том числе проведенные мобильной медицинской бригадой (ММК);

1.2. комплексные посещения в связи с прохождением несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них;

2. комплексные посещения при проведении диспансеризации:

2.1. комплексные посещения при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения (первый этап), в том числе проведенные мобильной медицинской бригадой (ММК);

2.2. комплексные посещения в связи с диспансеризацией пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

3. посещения с иными целями:

3.1. посещения по поводу диспансерного наблюдения (за исключением первого посещения) с обязательным указанием в реестре признака «диспансерное наблюдение»;

3.2. посещения при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения (2 этап);

3.3. разовые посещения в связи с заболеванием;

3.4. посещения Центра здоровья:

- посещения Центра здоровья с проведением комплексного обследования;

- посещения Центра здоровья для динамического наблюдения;

3.5. комплексное посещение (обследование) на базе «Мобильного диагностического комплекса».

3.6. посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;

3.7. посещения Центров амбулаторной онкологической помощи;

3.8. посещения с другими целями:

- посещения с целью патронажа;

- посещения в связи с другими обстоятельствами (получение санаторно-курортной карты, справки, других медицинских документов);

3.9. консультации врачей-специалистов (в том числе дистанционные);

II. посещений в связи с оказанием неотложной медицинской помощи;

III. обращений по поводу заболевания.

2.2.14. 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.

2.2.15. Подушевое финансирование медицинских организаций осуществляется (ПФ_{моi}) по фактическим дифференцированным подушевым нормативам, определенным для i-ой медицинской организации на год (ФДП_нⁱ) и численности застрахованного населения, обслуживаемого i-ой медицинской организацией (Чⁱ_з):

$$\text{ПФ}_{\text{моi}} = \text{ФДП}_{\text{н}}^i \times \text{Ч}_{\text{з}}^i$$

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для медицинских организаций определяется в расчете на 1-го застрахованного в соответствии с Порядком оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой на единицу объема медицинской помощи, установленному приложением №3.

При расчете фактического дифференцированного подушевого норматива для i-той медицинской организации, имеющей прикрепленное население учитывается половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-той медицинской организаций, коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, определенный для i-той медицинской организаций, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, к которому относится i-тая медицинская организация.

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, численность застрахованных лиц распределяется на следующие половозрастные группы:

1) до года мужчины/женщины;

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

На основании фактических данных об объемах и стоимости амбулаторно-поликлинической помощи за определенный период, предшествующий расчетному (год), для каждой половозрастной группы рассчитываются единые значения коэффициента дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в целом по Тамбовской области (приложение №4).

С учетом коэффициентов дифференциации по каждой половозрастной группе в целом по Тамбовской области и половозрастной численности застрахованных лиц, прикрепленных к каждой медицинской организации, определяются половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для медицинских организаций (приложение №5).

При расчете фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования для медицинской организации, имеющей прикрепленное население, также учитывается коэффициент подуровня оказания медицинской помощи, к которому относится *i*-тая медицинская организация (приложение №6) и коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (приложение №7).

Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинских организаций ($\Phi ДП^i_H$), определенные с поправочным коэффициентом (ПК) в соответствии с приложением №3, установлены приложением №8.

2.2.16. Счета за первичную медико-санитарную помощь, оплата которой предусмотрена по подушевому нормативу финансирования, предъявляются к оплате в соответствии с утвержденным дифференцированным подушевым нормативом для медицинской организации в расчете на месяц ($\Phi ДП^i_H / 12 \text{ мес}$) и численностью прикрепленного застрахованного населения ($Ч^i_z$) по состоянию на первое число отчетного месяца:

$$ПФ_{\text{мол}} = \Phi ДП^i_H / 12 \text{ мес} \times Ч^i_z$$

2.2.17. В целях раздельного формирования реестров счетов и счетов за первичную медико-санитарную помощь по подушевому нормативу финансирования, за медицинскую помощь, не включенную в подушевое финансирование и счетов для проведения межучрежденческих расчетов медицинская организация направляет в территориальный фонд ОМС запрос на определение страховой принадлежности и прикрепления к медицинской организации всех пролеченных за отчетный период пациентов.

2.2.18. Учет прикрепления застрахованных граждан к медицинским организациям ведется территориальным фондом обязательного медицинского страхования (далее – территориальным фондом ОМС) в составе Регионального сегмента регистра застрахованных лиц на основании сведений о прикреплении гражданина к медицинской организации и участковому врачу (врачу-терапевту, врачу-педиатру или врачу общей практики), ежемесячно предоставляемых медицинскими организациями в соответствии с Порядком информационного взаимодействия, и имеющихся сведений о регистрации застрахованных граждан по месту жительства.

В случае обнаружения в сведениях, представленных медицинскими организациями, данных о прикреплении одного и того же гражданина к двум или более медицинским организациям (участковым врачам), действующей считается запись с более поздней датой подачи заявления о выборе медицинской организации и участкового врача.

Информация о прикреплении застрахованных граждан к медицинским организациям ежемесячно передается территориальным фондом ОМС в страховую медицинскую организацию, которая проводит сверку с медицинской организацией с составлением акта сверки.

Информация о численности застрахованного населения, прикрепленного на обслуживание, размещается на сайте территориального фонда ОМС по состоянию на первое числа каждого месяца в разрезе медицинских организаций.

2.2.19. Порядок проведения расчетов при оплате амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной прикрепленному населению в других медицинских организациях.

Страховая медицинская организация проводит медико-экономический контроль поступивших от медицинских организаций реестров счетов и определяет итоговый размер финансирования с учетом расходов на оплату стоимости медицинской помощи, оказанной прикрепленному населению в других медицинских организациях, с оформлением Акта расчетов по подушевому финансированию, и представляет медицинским организациям сводную информацию о медицинской помощи, оказанной в отчетном периоде лицам, прикрепленным к данной медицинской организации, в других медицинских организациях, включенных в счета за амбулаторно-поликлиническую помощь для проведения межучрежденческих расчетов.

2.2.20. Порядок расчетов при оплате амбулаторно-поликлинической помощи по дифференцированному подушевому нормативу:

- сумма счета за первичную медико - санитарную помощь, оплата которой предусмотрена по подушевому финансированию, определяется исходя из утвержденного подушевого норматива в расчете на месяц и численности прикрепленного застрахованного населения, без учета результатов медико-экономического контроля.

- сумма счета, предъявленная к оплате за первичную медико-санитарную помощь, оплата которой предусмотрена по подушевому финансированию, уменьшается страховой медицинской организацией на стоимость

медицинской помощи, оказанной прикрепленному к данной медицинской организации населению другими медицинскими организациями и включенной ими в реестры счетов по межучрежденческим расчетам.

2.2.21. Определение объема финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, являющихся структурными подразделениями медицинских организаций, осуществляется в соответствии с Порядком оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой на единицу объема медицинской помощи, установленному приложением №3.

Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, являющихся структурными подразделениями медицинских организаций и объем финансового обеспечения в расчете на год (и месяц) установлен приложением №9.

Счета за первичную медико-санитарную помощь в части финансирования фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов предъявляются j-той медицинской организацией к оплате в соответствии с утвержденным объемом финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в расчете на месяц. В счете указываются фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты медицинской организации, с указанием численности прикрепленного застрахованного населения по каждому пункту по состоянию на первое число отчетного месяца.

Общий объем финансирования фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов j-той медицинской организации определяется:

$$\Phi O_{\text{ФАП}j} = \sum (\Phi P O_{\text{ФАП}}^i / 12 \text{ мес})$$

2.2.22. В реестры счетов по случаям диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних включаются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, внесенные в медицинскую документацию. Контроль проведения диагностических исследований и осмотров специалистов (даты проведения, кратность) проводится в соответствии с приказами Минздрава России и нормативно-правовыми актами в сфере здравоохранения, принятыми на территории области.

2.2.23. Оплата обращения по поводу заболевания осуществляется за законченный случай лечения с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания.

Случай лечения заболевания считается завершенным при наступлении медицинского исхода (улучшение, выздоровление) и/или организационного

исхода (прекращение оказания медицинской помощи по причине госпитализации, в том числе в стационар дневного пребывания, перевода в другую медицинскую организацию, отказ от получения медицинской помощи, в том числе неявки пациента, прекращения наблюдения и т.п.).

Коэффициенты стоимости обращения с учетом рекомендуемой кратности посещений по поводу заболеваний по врачебным специальностям установлены в приложении №10.

Оплата случаев лечения с кратностью менее двух посещений производится за фактически проведенные посещения.

При одновременном оказании медицинской помощи (в один день) в амбулаторных условиях по поводу различных заболеваний врачами разных специальностей к оплате предъявляются два и более посещения и/или обращения.

Оплата обращения по поводу заболевания в амбулаторных условиях осуществляется по тарифам, действующим на дату завершения случая.

2.2.24. Тарифы на посещения и обращения устанавливаются в зависимости от уровня оказания амбулаторно-поликлинической помощи. Распределение медицинских организаций по уровням оказания амбулаторно-поликлинической помощи установлено приложением №11.

2.2.25. Особенности представления к оплате обращений по поводу заболевания.

Обращение по поводу заболевания предполагает наличие двух и более посещений врача одной специальности при неизменности или преемственности диагнозов, установленных при каждом посещении пациентом врача.

Одновременно в одном обращении по поводу заболевания могут присутствовать посещения с диагнозами, входящими в один диапазон кодов МКБ по перечню:

- Инфекционные болезни (A00-B99) и Болезни мочеполовой системы (N00-N99);
- Новообразования (C00-D48)
- Болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (D50-D89)
- Болезни эндокринной системы (E00-E90)
- Болезни нервной системы (G00-G99) и психические расстройства (F00-F99)
- Болезни глаза и его придаточного аппарата (H00-H59)
- Болезни уха и сосцевидного отростка (H60-95)
- Болезни системы кровообращения (I00-I99)
- Болезни органов дыхания (J00-J99)
- Заболевания зубов и полости рта (K00-K22)
- Болезни органов пищеварения (K23-K93)
- Болезни кожи и подкожной клетчатки (L00-L99)
- Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99)

- Беременность и роды (O00-O99) и Факторы и поводы обращения (Z00-Z99)
- Перинатальный период (P00-P96)
- Врожденные аномалии (Q00-Q99)
- Симптомы признаки (R00-R99)
- Травмы (S00-T98)

Дата начала обращения определяется как дата первого врачебного посещения (в медицинской организации или на дому) по поводу определенного заболевания. Дата окончания обращения - как дата последнего посещения в рамках данного обращения.

В состав посещений, входящих в обращение по поводу заболевания, не включаются посещения в связи с оказанием неотложной помощи и разовые консультации врачей других специальностей.

Если в рамках одного обращения по поводу заболевания рекомендована консультация врача-специалиста, который назначает пациенту лечение с последующим посещением для наблюдения, данный случай оформляется как отдельное обращение.

При длительном лечении или наблюдении (более двух месяцев) по поводу отдельных заболеваний или состояний (травмы, перенесенный инфаркт, инсульт, послеоперационные состояния, наблюдение за беременными и т.д.), возможно представление на оплату нескольких обращений, но не более одного обращения за отчетный период и месяц предшествующий отчетному с результатом «лечение продолжено» либо «динамическое наблюдение».

В случае неявки пациента на очередное плановое посещение в течение 14 календарных дней, случай лечения закрывается и представляется на оплату в отчетном или в следующем за отчетным периоде с результатом «лечение прервано по инициативе пациента».

В случае если в реестре счетов за отчетный период зафиксировано более одного обращения за медицинской помощью одного пациента по одному и тому же поводу (диагнозу), указанные случаи обращения подлежат медико-экономической экспертизе.

2.3. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара и дневных стационаров всех типов.

2.3.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара установлен приложением №12.

2.3.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневных стационаров всех типов установлен приложением №13.

2.3.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и 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, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи (раздел 1).

Для случаев оказания специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара - по стоимости законченного случая (Ссл), входящего в соответствующую клинко-статистическую группу (КСГ) заболеваний, приведенных в приложении №14;

Для случаев оказания первичной специализированной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара, стационара дневного пребывания и стационара на дому - по стоимости законченного случая (Ссл), входящего в соответствующую клинко-статистическую группу (КСГ) заболеваний, приведенных в приложении №15;

При оказании медицинской помощи пациентам в условиях круглосуточного стационара - за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации.

2.3.4. Реестры счетов и счета за медицинскую помощь, оказанную в стационарных условиях, представляются на оплату за отчетный месяц в рамках установленных объемов.

2.3.5. Стоимость одного случая госпитализации (Ссл) по клинко-статистической группе, определяется по следующей формуле:

$$\text{Ссл} = \text{БС} \times \text{КЗ}_{\text{КСГ}} \times \text{ПК},$$

где:

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), рублей;

$\text{КЗ}_{\text{КСГ}}$ - коэффициент относительной затратоемкости по клинко-статистической группе, к которой отнесен данный случай госпитализации;

ПК - поправочный коэффициент оплаты КСГ, рассчитываемый по формуле:

$$\text{ПК} = \text{КУ}_{\text{КСГ}} \times \text{КУС}_{\text{МО}} \times \text{КСЛП},$$

где:

$\text{КУ}_{\text{КСГ}}$ - управленческий коэффициент для конкретной клинко-статистической группы;

$\text{КУС}_{\text{МО}}$ - коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка БС) определяется по формуле:

$$\text{БС} = \frac{\text{ОС}}{\text{Чсл} \times \text{СПК}}$$

где:

ОС - объем финансовых средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (в условиях дневного стационара) и оплачиваемой по КСГ;

Чсл - общее плановое количество случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ;

СПК - средний поправочный коэффициент оплаты по КСГ, определяемый по формуле:

$$\text{СПК} = \frac{\sum(\text{КЗ}_i \times \text{ПК}_i)}{\text{Чсл}}$$

2.3.6. Перечень КСГ с распределением КСГ по профилям медицинской помощи, справочник кодов Номенклатуры медицинских услуг, с указанием для каждого кода услуги, включённого в группировку, номеров КСГ к которым может быть отнесен данный код; алгоритмов, определяющих однозначное отнесение каждого пролеченного случая к конкретной КСГ на основании всех возможных комбинаций основных и дополнительных классификационных критериев представлен в Инструкции, устанавливается Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и размещается на официальном сайте территориального фонда ОМС для использования в работе участниками системы ОМС.

2.3.7. Особенности использования коэффициента уровня оказания медицинской помощи.

2.3.7.1. При отсутствии различий в оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара в медицинских организациях разного уровня, либо имеющих высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающих (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения на различных уровнях оказания помощи, за исключением КСГ, относящихся к профилю «Детская онкология» и «Онкология», в том числе в условиях дневного стационара, при определении стоимости законченного случая коэффициент уровня оказания медицинской помощи ($\text{Курс}_{\text{мо}}$) не применяется ($\text{Курс}_{\text{мо}}=1$).

Перечень подобных КСГ приведен в таблице 1.

Таблица 1.

№ КСГ	Наименование КСГ
st01.001	Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода
st02.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом
st02.006	Послеродовой сепсис
st02.012	Операции на женских половых органах (уровень 3)
st03.002	Ангионевротический отек, анафилактический шок
st04.001	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки

№ КСГ	Наименование КСГ
st06.003	Легкие дерматозы
st09.003	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)
st09.004	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)
st09.008	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)
st09.009	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)
st09.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)
st10.003	Аппендэктомия, дети (уровень 1)
st10.005	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)
st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
st15.005	Эпилепсия, судороги (уровень 1)
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)
st16.003	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии
st16.005	Сотрясение головного мозга
st16.010	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)
st16.011	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)
st20.008	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
st20.009	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st27.001	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
st27.003	Болезни желчного пузыря
st27.005	Гипертоническая болезнь в стадии обострения
st27.006	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)
st27.010	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
st28.004	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)
st28.005	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)
st29.002	Переломы шейки бедра и костей таза
st29.003	Переломы бедренной кости, другие травмы области бедра и тазобедренного сустава
st29.004	Переломы, вывихи, растяжения области грудной клетки, верхней конечности и стопы
st29.005	Переломы, вывихи, растяжения области колена и голени
st29.012	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)
st29.013	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)
st30.004	Болезни предстательной железы

№ КСГ	Наименование КСГ
st30.008	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)
st30.009	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)
st30.015	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)
st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
st31.009	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)
st31.010	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)
st31.012	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
st31.018	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы
st32.004	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)
st32.010	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)
st32.011	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)
st32.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
st32.013	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
st32.014	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
st32.015	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
st36.003	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация
st37.004	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (6 баллов по ШРМ)

2.3.8. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи.

2.3.8.1. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи 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.

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

Перечень КСГ, по которым оплату медицинской помощи необходимо осуществлять в полном объеме независимо от длительности лечения, приведены в таблице 2.

Таблица 2

№ КСГ	Наименование КСГ
Круглосуточный стационар	
st02.001	Осложнения, связанные с беременностью

№ КСГ	Наименование КСГ
st02.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
st03.002	Ангинефротический отек, анафилактический шок
st05.006	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые*
st05.007	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые*
st05.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе*
st05.009	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы*
st05.010	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
st05.011	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 (уровень 1)*
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
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)*
st19.056	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)*

№ КСГ	Наименование КСГ
st19.058	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
st19.038	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
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 in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
st32.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
st32.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
st32.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
st36.003	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
st36.009	Ренифузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрипульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация
Дневной стационар	
ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.007	Аборт медикаментозный
ds05.003	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые*
ds05.004	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые*
ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе*
ds05.006	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы*
ds05.007	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*

№ КСГ	Наименование КСГ
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)*
ds19.030	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)*
ds19.028	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
ds19.033	Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования
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*

№ КСГ	Наименование КСГ
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

2.3.8.2. В случае если пациенту выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, перечень которых приведен в Инструкции, прерванный случай оказания медицинской помощи 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.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ.

2.3.8.3. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (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.

2.3.8.4. 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;
- проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;
- случаи стационарного лечения в профильных отделениях с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов к сложным оперативным вмешательствам;
- оплата одного случая по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение» —возможна при дородовой госпитализации 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.

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

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

2.3.8.5. При проведении 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 вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

2.3.8.6. В случае проведения лучевой терапии 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 и (или) тромболитическая терапия не проводились.

2.3.8.7. В случае если злокачественное новообразование выявлено в результате госпитализации с целью оперативного лечения по поводу неонкологического заболевания (доброкачественное новообразование, кишечная непроходимость и др.) отнесение к КСГ и оплата осуществляются в соответствии с классификационными критериями по коду медицинской услуги без учета кода диагноза злокачественного новообразования, за исключением медицинских организаций, имеющих лицензию по профилю «онкология».

2.3.9. Использование коэффициентов сложности лечения.

Коэффициент сложности лечения учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам.

При оплате случаев лечения в круглосуточном стационаре и в условиях дневных стационаров применяются следующие коэффициенты сложности лечения пациента:

Таблица 3

Основания для применения к случаю КСЛП	Коэффициент сложности лечения пациента
Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний)	1,35
Сложность лечения пациента при наличии у него старческой астении *	1,1
Проведение I этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции), I-II этапа (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки), I-III этапа (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов (неполный цикл)	0,6
Проведение I-III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпорального оплодотворения и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов (неполный цикл)	1,0
Полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов	1,0
Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов**	1,1
Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос)	0,19

*-применяется в случае госпитализации на геронтологические профильные койки пациента с основным диагнозом, не включенным в перечень диагнозов, определенных КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией».

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

2.3.10. Информация о примененном КСГ и использованных дополнительных коэффициентах, влияющих на стоимость случая, передается в реестре оказанной медицинской помощи.

Кодировка примененного дополнительного коэффициента к тарифу на КСГ:

- «0» - дополнительные коэффициенты не применяются;

- «2» - прерванный случай лечения;

- «4» - необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний);

- «6» - сложность лечения пациента при наличии у него старческой астении;

- «1» - размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос);

- «3» - проведение I-III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпорального оплодотворения и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов (неполный цикл);

- «8» - проведение I этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции), I-II этапа (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки), I-III этапа (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов (неполный цикл);

- «5» - полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов;

- «9» - полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов.

2.3.11. Распределение медицинских организаций по уровням (подуровням) оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, приложение №16.

Распределение медицинских организаций по уровням (подуровням) оказания медицинской помощи в условиях дневных стационаров всех типов, приложение №17.

Коэффициенты уровней (подуровней) оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара и в условиях дневных стационаров всех типов установлены приложением №18.

2.3.12. Базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи составляет: для круглосуточного стационара - 22 563,96 рублей, для стационара дневного пребывания, дневного стационара и стационара на дому - 12 272,57 рублей.

2.3.13. Особенности оплаты случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам,

установленным в Программе в рамках Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень).

В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, 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.

При направлении в медицинскую организацию, в том числе федеральную, с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ-10 либо по коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

После оказания высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение (в том числе, в той же медицинской организации) в рамках оказания специализированной медицинской помощи с оплатой случая лечения по КСГ.

2.4. Порядок 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).

2.4.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, установлен приложением №19.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации.

За вызов осуществляется оплата:

- оказания скорой медицинской помощи с проведением процедуры тромболизиса;
- оказание скорой медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Тамбовской области, лицам застрахованным за пределами Тамбовской области.

Порядок определения нормативов расходов по скорой медицинской помощи вне медицинской организации, в том числе на основе подушевого норматива финансирования установлен приложением №20.

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи численность застрахованных лиц распределяется на половозрастные группы:

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

На основании фактических данных об объемах и стоимости скорой медицинской помощи для каждой половозрастной группы за определенный период, предшествующий расчетному (год), рассчитываются единые значения половозрастного коэффициента дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в целом по Тамбовской области (приложение №21).

Распределение медицинских организаций по группам дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи установлено приложением №22.

2.4.2. При формировании реестров счетов и счетов на оплату скорой медицинской помощи отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов (в том числе при оказании скорой медицинской помощи с проведением процедуры тромболизиса).

2.4.3. Счета за оказанную скорую медицинскую помощь, оплата которой предусмотрена по подушевому нормативу финансирования, предъявляются к оплате в соответствии с фактическим дифференцированным подушевым нормативом финансирования скорой медицинской помощи для i -той группы медицинских организаций ($\text{ФДПн}_{\text{СМП}}^i$) в расчете на месяц и численности застрахованного населения, обслуживаемого медицинской организацией ($\text{Чз}_{\text{СМП}}^{\text{пр}j}$):

$$\text{ФО}^{\text{под}}_{\text{СМП}j} = \text{ФДПн}_{\text{СМП}}^i / 12 \text{ мес.} \times \text{Чз}_{\text{СМП}}^{\text{пр}j}$$

Численность застрахованного населения, обслуживаемого медицинскими организациями, ежемесячно размещается на сайте территориального фонда ОМС в разрезе медицинских организаций.

2.4.4. Счета на оплату скорой медицинской помощи с проведением процедуры тромболизиса формируются исходя из стоимости вызова скорой медицинской помощи и представляются на оплату отдельным счетом.

2.4.5. Реестры счетов и счета на оплату скорой медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Тамбовской области, формируются исходя из стоимости вызова скорой медицинской помощи и представляются на оплату в территориальный фонд ОМС.

2.5. Порядок и условия оплаты медицинских услуг по отдельным тарифам.

2.5.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих отдельные диагностические (лабораторные) исследования, оплата которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи, установлен приложением №23.

2.5.2. Перечень отдельных диагностических (лабораторных) исследований предоставляемых медицинскими организациями установлен согласно приложению №24.

Формирование реестров счетов и счетов производится в соответствии с перечнем диагностических (лабораторных) исследований и по тарифам на указанные исследования.

2.5.2. Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний, в сроки, установленные Программой, в соответствии с номенклатурой медицинских услуг:

- компьютерную томографию (в том числе позитронно-эмиссионную компьютерную томографию);
- магнитно-резонансную томографию;
- ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы;
- эндоскопические диагностические исследования;
- молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний;
- гистологические исследования с целью выявления онкологических заболеваний;
- цитологические исследования (жидкостным методом);
- обследования на ВИЧ методом ИФА;
- электроэнцефалография с видеомониторингом (дети).

2.5.3. Порядок маршрутизации пациентов для направления на указанные диагностические исследования устанавливается приказом управления здравоохранения области.

2.5.4. Оплата страховой медицинской организацией данных услуг осуществляется при наличии направления на исследование от врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, в следующем порядке:

медицинская организация, которой установлены объемы диагностических исследований, формирует реестр счетов на каждое выполненное исследование с указанием медицинской организации, выдавшей направление, и представляет на оплату в страховую медицинскую организацию;

страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинских услуг медицинской организации, проводившей исследование.

2.5.5. При проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения оплата исследований кала на скрытую кровь иммунохимическим методом осуществляется страховой медицинской организацией в рамках межучрежденческих расчетов.

Медицинская организация, которой установлены объемы, формирует реестр счетов на каждое выполненное исследование с указанием медицинской организации, выдавшей направление и представляет на оплату в страховую медицинскую организацию по тарифам с соответствии с приложением №38.

Страховая медицинская организация при проведении окончательного расчета уменьшает объем средств для медицинской организации, направившей на исследование, на сумму средств, перечисленных за проведенные исследования в рамках межучрежденческих расчетов.

2.6. Порядок представления реестров счетов на оплату медицинской помощи.

2.6.1. Формирование реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи производится отдельно по категориям пролеченных больных: лица, застрахованные на территории Тамбовской области и лица, застрахованные за пределами Тамбовской области (далее – иногородние застрахованные).

Реестры счетов и счета на оплату медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным на территории Тамбовской области, предъявляются к оплате в страховые медицинские организации (далее - СМО), осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Тамбовской области, реестры счетов и счета на оплату медицинской помощи, оказанной иногородним застрахованным, - в территориальный фонд ОМС.

Состав и форматы файлов обмена информацией между медицинскими организациями, СМО и территориальным фондом ОМС устанавливаются Порядком информационного взаимодействия в системе ОМС Тамбовской области (далее - Порядок информационного взаимодействия), размещенном на сайте территориального фонда ОМС.

2.6.2. Реестры счетов и счета на оплату медицинской помощи представляются за отчетный месяц. В реестры счетов по амбулаторно-поликлинической помощи могут включаться случаи лечения за месяц, предшествующий отчетному.

2.6.3. Медицинская организация формирует и представляет отдельно следующие виды реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи:

- за высокотехнологичную медицинскую помощь;
- за специализированную медицинскую помощь в условиях стационара, оплачиваемую по КСГ;
- за медицинскую помощь в условиях стационара дневного пребывания, дневного стационара, стационара на дому, оплачиваемую по КСГ;
- на финансирование фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов
- за амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь, оплата которой предусмотрена по подушевому нормативу финансирования;
- за амбулаторно-поликлиническую помощь, оказанную лицам, не прикрепленным к медицинской организации (для проведения межучрежденческих расчетов);
- за амбулаторно-поликлиническую помощь, оплата которой не предусмотрена по подушевому нормативу финансирования*;

* Медицинские организации, не имеющие прикрепленного населения, включают медицинскую помощь, оказанную в амбулаторно-поликлинических условиях, в один реестр счетов и счет по установленным тарифам. Аналогично все медицинские организации формируют реестры счетов и счета на оплату медицинской помощи, оказанной иногородним застрахованным гражданам

- за медицинскую помощь, оказанную врачами-акушерами-гинекологами;
- за медицинскую помощь, оказываемую врачом-акушером-гинекологом (с проведением маммографии на базе мобильного комплекса);
- за медицинскую помощь, оказанную врачами-дерматовенерологами;
- за медицинскую помощь, оказанную в травматологических пунктах;
- за медицинскую помощь, оказанную врачами - урологами с проведением диагностической операции (биопсии);
- за медицинскую помощь, оказанную терапевтами женских консультаций;
- за медицинскую помощь, оказываемую врачами-терапевтами (с проведением флюорографии на базе мобильного комплекса);
- за медицинские услуги, оказанные в Центрах здоровья;
- за медицинскую помощь, оказанную в неотложной форме;
- за услуги диализа;
- за стоматологическую медицинскую помощь;
- за проведение профилактических мероприятий:
- диспансеризация определенных групп взрослого населения;
- диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;
- профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних;
- диспансеризация определенных групп взрослого населения (2 этап);
- за отдельные диагностические исследования, установленные в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (кроме услуг поименованных в п.2.5.5.);
- за отдельные диагностические исследования, установленные в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и поименованных в п.2,5.5 (в.т.ч.для межучрежденческих взаиморасчетов);
- за оказание скорой медицинской помощи, оплата которой предусмотрена по подушевому нормативу финансирования;
- за оказание скорой медицинской помощи, оплата которой предусмотрена за вызов:
 - оказание скорой медицинской помощи с проведением процедуры тромболизиса;
 - оказание скорой медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Тамбовской области, лицам застрахованным за пределами Тамбовской области.

При этом, по каждому из вышеперечисленных видов счетов, за исключением счетов за высокотехнологичную медицинскую помощь и за законченный случай при проведении различных видов диспансерных осмотров, следует формировать отдельные реестры счетов и счета по случаям оказания медицинской помощи при подозрении на злокачественное

новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования.

2.6.4. Оплата случаев оказания медицинской помощи производится по тарифам, действующим на дату окончания лечения.

2.6.5. Медицинская организация вправе повторно в сроки, установленные Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздрава России от 28.02.2019 №108н, представить в страховую медицинскую организацию случаи оказания медицинской помощи, ранее отклоненные от оплаты по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи.

Счета, представленные для оплаты с нарушением указанных сроков оплате не подлежат.

3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливаются в соответствии со статьями 30 и 35 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и определяются в зависимости от форм, видов и условий оказания медицинской помощи. Рассчитываются в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленных в субъекты Российской Федерации совместным письмом МЗ РФ от 12.12.2019 №11-7/И/2-11779 и ФОМС №17033/26-2/и.

3.2. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи являются едиными для всех участников обязательного медицинского страхования, реализующих Программу ОМС.

Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Тамбовской области, оказывающих медицинскую помощь в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности в другом субъекте Российской Федерации, применяются тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, действующие в субъекте Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи.

3.3. Дифференцированные подушевые нормативы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях при подушном финансировании устанавливаются для каждой медицинских организаций, а по скорой медицинской помощи при подушном финансировании устанавливаются для групп (подгрупп) медицинских организаций.

3.4. Тарифы устанавливаются исходя из объема финансовых средств на реализацию территориальной программы ОМС, определенного постановлением администрации Тамбовской области от 30.12.2019 №1503 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания населению

Тамбовской области медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов».

3.5. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

3.5.1. Средний размер финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Тамбовской области на 2020 год, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 4 348,0 руб., в том числе:

- с профилактической целью - 1 491,4 рубля, из них: для проведения профилактических медицинских осмотров – 451,8 рубля, для проведения диспансеризации – 370,8 рубля;

- в неотложной форме - 340,2 рубля;

- в связи с заболеванием - 2 516,4 рубля.

3.5.2. Размеры фактических дифференцированных подушевых нормативов для финансирования медицинских организаций, имеющих прикрепленное население (для оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц), приложение №8.

3.5.3. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, приложение №9;

3.5.4. Размер базового тарифа на обращение, поправочные коэффициенты стоимости обращения с учетом кратности посещений и тарифы на обращения по поводу заболеваний по врачебным специальностям и среднему медицинскому персоналу, ведущему амбулаторный прием, приложение №25;

3.5.5. Размер базового тарифа на посещение, относительные коэффициенты стоимости посещения по врачебным специальностям, тарифы на посещения по врачебным специальностям, приложение №26;

3.5.6. Тарифы на условную единицу трудоемкости (УЕТ) по стоматологической помощи, приложение №27;

3.5.7. Размер базового тарифа, относительные коэффициенты стоимости посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме и тарифы на посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме, в том числе посещения к среднему медицинскому персоналу, ведущему амбулаторный прием, приложение №28;

3.5.8. Тарифы на комплексные посещения при проведении профилактических мероприятий:

- комплексные посещения при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения (1 этап), приложение №29;

- комплексные посещения при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения (1 этап), проводимой мобильной медицинской бригадой (ММБ), приложение №30;

- комплексные посещения при проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей,

находящихся в трудной жизненной ситуации и диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (законченных случаев по полу и возрасту), приложение №31;

- комплексные посещения при проведении профилактических медицинских осмотров взрослого населения, приложение №32;

- комплексные посещения при проведении профилактических медицинских осмотров взрослого населения мобильной медицинской бригадой (ММБ), приложение №33.

- комплексные посещения при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, приложение №34;

3.5.9. Тарифы на проведение 2 этапа диспансеризации (посещения врачей, медицинские обследования), приложение №35;

3.5.10. Тарифы на посещения Центров здоровья, приложение №36;

3.5.11. Тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований, для которых Программой установлены нормативы, приложение №37.

3.5.12. Тарифы на оплату медицинских услуг, за исключением отдельных диагностических (лабораторных) исследований, финансируемых в соответствии с установленными Программой нормативами, приложение №38.

3.5.13. Базовый тариф и коэффициенты относительной затроемкости к базовым тарифам для оплаты услуг диализа, приложение №39.

3.6. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.

3.6.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Тамбовской области на 2020 год, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 5 516,3 руб.

3.6.2. Перечень групп заболеваний в круглосуточном стационаре с указанием коэффициентов относительной затроемкости по КСГ, управленческих коэффициентов и условия применения коэффициентов уровня (подуровня) медицинской организации приложение №40.

3.6.3. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, приложение №41.

3.7. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов.

3.7.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программой обязательного медицинского страхования Тамбовской области на 2020 год, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 1 213,2 руб.

3.7.2. Перечень групп заболеваний в дневных стационарах всех типов с указанием коэффициентов относительной затроемкости по КСГ, управленческих коэффициентов, приложение №42.

3.8. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи.

3.8.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программой обязательного медицинского страхования Тамбовской области на 2020 год, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 687,7 руб.

3.8.2. Размер базового подушевого норматива, коэффициенты дифференциации подушевого норматива по группам медицинских организаций и дифференцированные подушевые нормативы для финансирования скорой медицинской помощи, приложение №43.

3.8.3. Тариф за вызов скорой медицинской помощи, приложение №44.

3.9. Объем выполненных медицинских услуг при оказании стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях определяется на основании Классификатора основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ), приложение №45.

4. Структура тарифов.

4.1. Тарифы на оплату медицинской помощи и дифференцированные подушевые нормативы включают 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.

4.2. Средства, заработанные медицинскими организациями по территориальной программе ОМС, расходуются на следующие цели:

4.2.1. Оплата труда, начисления на выплаты по оплате труда, в том числе:

4.2.1.1. Заработная плата - расходы на выплату заработной платы, осуществляемые на основе договоров (контрактов), в соответствии с законодательством РФ, трудовым законодательством, в том числе:

- выплаты по окладам (должностным окладам);
- повышающие коэффициенты к окладам (должностным окладам);
- выплаты компенсационного характера в соответствии с нормативным локальным актом по оплате труда;

- выплаты стимулирующего характера в соответствии с нормативным локальным актом по оплате труда, в том числе:

- за интенсивность и высокие результаты работы, в том числе:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, медицинским сестрам участковым врачей-педиатров участковых, медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей);

медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами (здравпунктами), фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

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

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- выплаты за качество выполняемых работ;
- выплаты за стаж непрерывной работы или выслугу лет;
- премиальные выплаты по итогам работы;

- оплата ежегодных отпусков, в том числе компенсация за неиспользованный отпуск; отпусков за период обучения работников, направленных на профессиональную подготовку, повышение квалификации.

Медицинские организации вправе формировать резерв предстоящих расходов на оплату отпусков работников в соответствии с действующим законодательством РФ.

- расходы по выплате удержаний, произведенных с заработной платы, в том числе: перечисления денежных средств профсоюзным организациям (членские профсоюзные взносы), налог на доходы физических лиц, удержания по исполнительным документам, в т.ч. на оплату алиментов.

4.2.1.2. Прочие несоциальные выплаты персоналу в денежной форме – возмещение персоналу дополнительных расходов, связанных с проживанием вне места постоянного жительства в служебных командировках (суточные).

4.2.1.3. Начисления на выплаты по оплате труда – расходы, связанные с начислениями на выплаты по оплате труда, в том числе по уплате страховых взносов.

4.2.1.4. «Прочие несоциальные выплаты персоналу в натуральной форме – расходы по оплате работодателем не относящихся к заработной плате компенсаций расходов, обусловленных условиями трудовых отношений,

статусом работников (сотрудников), в том числе: расходы на приобретение молока или других равноценных пищевых продуктов для бесплатной выдачи работникам, занятым на работах с вредными условиями труда, а также на компенсационную выплату работникам в размере, эквивалентном стоимости указанных продуктов.

4.2.2. Оплата работ, услуг.

4.2.2.1. Услуги связи – расходы на приобретение услуг связи, в том числе:

- услуги почтовой связи (пересылка почтовых отправлений, оплата маркированных почтовых уведомлений, приобретение почтовых марок и маркированных конвертов и т.д.);
- услуги телефонно-телеграфной, факсимильной, сотовой, радиосвязи, интернет-провайдеров (абонентская и повременная оплата за пользование линий связи; плата за предоставление доступа и использование линий связи, передачу данных по каналам связи; плата за подключение и абонентское обслуживание в системе электронного документооборота, в том числе с использованием сертифицированных средств криптографической защиты информации; приобретение карт оплаты услуг связи т.д.);
- услуги фельдъегерской и специальной связи.
- другие аналогичные расходы МО для выполнения территориальной программы ОМС.

4.2.2.2. Транспортные услуги – расходы на приобретение транспортных услуг (оплата договоров на оказание транспортных услуг в целях обеспечения собственных нужд МО для выполнения территориальной программы ОМС), в том числе:

- обеспечение должностных лиц проездными документами в служебных целях на все виды общественного транспорта, а также возмещение должностным лицам указанных расходов в случае, если они не были обеспечены в установленном законодательством РФ порядке проездными документами (за исключением возмещения расходов, связанных со служебными командировками);
- расходы на компенсацию за использование личного транспорта для служебных целей.

4.2.2.3. Коммунальные услуги:

- оплата услуг отопления, горячего и холодного водоснабжения, водоотведения, предоставления газа и электроэнергии, тепловой энергии, твердого топлива при наличии печного отопления, обращения с твердыми коммунальными отходами;
- расходы по оплате договоров гражданско-правового характера, заключенных с кочегарами и сезонными истопниками;
- расходы по оплате договоров на вывоз жидких бытовых отходов при отсутствии централизованной системы канализации;
- расходы арендатора по возмещению арендодателю стоимости коммунальных услуг;
- другие аналогичные расходы.

4.2.2.4. Арендная плата за пользование имуществом – расходы по оплате арендной платы в соответствии с заключенными договорами аренды (субаренды, имущественного найма) объектов нефинансовых активов (за исключением земельных участков и других обособленных природных объектов).

4.2.2.5. Работы, услуги по содержанию имущества – оплате договоров на выполнение работ, оказание услуг, связанных с содержанием (работы и услуги, осуществляемые с целью поддержания и (или) восстановления функциональных, пользовательских характеристик объекта), обслуживанием, ремонтом нефинансовых активов, полученных в аренду или безвозмездное пользование, находящихся на праве оперативного управления (за исключением расходов на проведение капитального ремонта и разработку проектно-сметной документации), в том числе:

- содержание нефинансовых активов в чистоте:
 - уборка снега, мусора;
 - вывоз снега, отходов производства (в том числе, медицинских и радиационно-опасных), включая расходы на оплату договоров;
 - дезинфекцию, дезинсекцию, дератизацию;
 - санитарно-гигиеническое обслуживание, мойку и чистку (химчистку) имущества (транспорта, помещений, окон и иного имущества), прачечные услуги;
- текущий ремонт нефинансовых активов;
- противопожарные мероприятия, связанные с содержанием имущества: огнезащитную обработку; зарядку огнетушителей; измерение сопротивления изоляции электропроводки, испытание устройств защитного заземления; проведение испытаний пожарных кранов;
- пусконаладочные работы;
- расходы на оплату работ (услуг), осуществляемые в целях соблюдения нормативных предписаний по эксплуатации (содержанию) имущества, а также в целях определения его технического состояния:
 - государственную поверку, паспортизацию, клеймение средств измерений, манометров, термометров медицинских, уровнемеров, приборов учета, измерительных медицинских аппаратов, спидометров;
 - обследование технического состояния (аттестация) объектов нефинансовых активов, осуществляемое в целях получения информации о необходимости проведения и объемах ремонта, определения возможности дальнейшей эксплуатации (включая, диагностику автотранспортных средств, в том числе при государственном техническом осмотре);
 - проведение бактериологических исследований воздуха в помещениях, а также проведение бактериологических исследований иных нефинансовых активов (перевязочного материала, инструментов и тому подобное);
 - заправку картриджей;
- другие аналогичные расходы МО по содержанию имущества.

4.2.2.6. Прочие работы, услуги – расходы на выполнение работ, оказание услуг, в том числе:

- по оплате стоимости лабораторных и инструментальных исследований, производимых в других медицинских организациях (при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования), медицинской помощи, оказанной на основании гражданско-правовых договоров с МО, имеющими лицензию на осуществление отсутствующих видов работ (услуг);

- услуги в области информационных технологий:

- обеспечение безопасности информации и режимно-секретных мероприятий;

- услуги по защите электронного документооборота (поддержке программного продукта) с использованием сертификационных средств криптографической защиты информации;

- периодическая проверка (в том числе аттестация) объекта информатизации (автоматизированного рабочего места) на соответствие специальным требованиям и рекомендациям по защите информации, составляющей государственную тайну, от утечки по техническим каналам;

- типографские работы, услуги: переплетные работы; ксерокопирование;

- медицинские услуги (в том числе медицинский осмотр и освидетельствование работников (включая предрейсовые осмотры водителей), состоящих в штате учреждения, проведение медицинских анализов);

- расходы на оплату услуг по организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации);

- иные работы и услуги:

- проведение государственной экспертизы проектной документации, осуществление строительного контроля;

- услуги по предоставлению выписок из государственных реестров;

- услуги по охране, приобретаемые на основании договоров гражданско-правового характера с физическими и юридическими лицами;

- инкассаторские услуги;

- подписка на периодические и справочные издания,

- услуги рекламного характера (в том числе, размещение объявлений в средствах массовой информации);

- услуги по курьерской доставке;

- услуги по демеркуризации;

- работы по погрузке, разгрузке, укладке, складированию нефинансовых активов;

- работы по распиловке, колке и укладке дров;

- услуги и работы по утилизации, захоронению отходов;

- нотариальные услуги (взимание нотариального тарифа за совершение нотариальных действий), за исключением случаев, когда за совершение нотариальных действий предусмотрено взимание государственной пошлины;

- услуги по обучению на курсах повышения квалификации, подготовки и переподготовки специалистов;

- плата за использование радиочастотного спектра;

- возмещение персоналу расходов на прохождение медицинского осмотра;
- возмещение персоналу расходов, связанных со служебными командировками:
 - по проезду к месту служебной командировки и обратно к месту постоянной работы транспортом общего пользования при наличии документов (билетов), подтверждающих эти расходы;
 - по найму жилых помещений;
 - по иным расходам, произведенным работником в служебной командировке с разрешения или ведома работодателя в соответствии с коллективным договором или локальным актом работодателя;
- иные работы и услуги, приобретаемые на основании договоров гражданско-правового характера с физическими и юридическими лицами, в целях выполнения территориальной программы ОМС.

4.2.2.7. Страхование - расходы на уплату страховых премий (страховых взносов) по договорам страхования, заключенным со страховыми организациями.

4.2.3. Социальное обеспечение – расходы на социальное обеспечение работников в рамках исполнения полномочий работодателя, в том числе:

- выплату пособий за первые три дня временной нетрудоспособности за счет средств работодателя, в случае заболевания работника или полученной им травмы (за исключением несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний);
- выплату выходного пособия работникам, в т.ч. при их увольнении в связи с ликвидацией либо реорганизацией учреждений, иными организационно-штатными мероприятиями, приводящими к сокращению численности или штата учреждения, осуществляемые в порядке и в размерах, установленных законодательством РФ;
- выплату дополнительной компенсации в размере среднего заработка работника, исчисленного пропорционально времени, оставшемуся до истечения срока предупреждения об увольнении, предусмотренной частью третьей статьи 180 Трудового кодекса РФ (в случае, увольнения работников в связи с ликвидацией организации, сокращением численности или штата работников организации);
- выплату работникам среднемесячного заработка на период трудоустройства при их увольнении в связи с ликвидацией либо реорганизацией учреждения, иными организационно-штатными мероприятиями, приводящими к сокращению численности или штата учреждения;
- ежемесячные компенсационные выплаты сотрудникам (работникам), находящимся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет;
- иные аналогичные расходы.

4.2.4. Прочие расходы:

4.2.4.1. Налоги, пошлины и сборы – расходы по уплате налогов (включаемых в состав расходов), государственной пошлины и сборов, разного рода платежей в бюджеты всех уровней, в том числе:

- налога на имущество;
- земельного налога, в том числе в период строительства объекта;
- транспортного налога;
- платы за загрязнение окружающей среды;
- государственной пошлины и сборов в установленных законодательством Российской Федерации случаях.

4.2.4.2. Штрафы за нарушение законодательства о налогах и сборах, законодательства о страховых взносах - расходы по уплате штрафов, пеней за несвоевременную уплату налогов, сборов, страховых взносов.

4.2.4.3. Штрафы за нарушение законодательства о закупках и нарушение условий контрактов (договоров) - расходы по оплате штрафов за нарушение законодательства Российской Федерации о закупках товаров, работ и услуг, а также уплате штрафных санкций за нарушение условий контрактов (договоров) по поставке товаров, выполнению работ, оказанию услуг.

4.2.4.4. Другие экономические санкции - расходы по уплате иных экономических санкций.

4.2.4.5. Иные выплаты текущего характера физическим лицам - расходы по осуществлению иных выплат физическим лицам не социального характера, в том числе возмещение физическому лицу морального и физического вреда, взысканного по решению суда в связи с некачественным оказанием медицинской помощи.

4.2.5. Увеличение стоимости основных средств – расходы на приобретение оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью до 100,0 тыс. рублей за единицу.

4.2.6. Увеличение стоимости материальных запасов - расходы на приобретение:

4.2.6.1. Увеличение стоимости лекарственных препаратов и материалов, применяемых в медицинских целях - расходы по оплате договоров на приобретение (изготовление) лекарственных препаратов и материалов, применяемых в медицинских целях.

- лекарственных средств, иммунобиологических препаратов, перевязочных средств;
- дезинфицирующих средств,
- хирургического шовного материала, шприцев (в том числе одноразовых), инъекционных игл, одноразовых систем для инфузий;
- рентгеновской пленки, рентгеноконтрастных средств и препаратов диагностических изотопных, реактивов и химикатов, стекла, химпосуды, медицинских инструментов со сроком полезного действия менее 12 месяцев, бумаги, в том числе со специальным чувствительным слоем, картриджей к медицинскому оборудованию, кислорода, гелей, контактных средств диагностики, медицинских изделий разового пользования и прочих

материальных запасов (предназначенных для однократного использования в процессе деятельности учреждения в течение периода, не превышающего 12 месяцев, а также предметы, используемые в деятельности учреждения в течение периода, превышающего 12 месяцев, но не относящиеся к основным средствам) для выполнения территориальной программы ОМС;

- лекарственных средств, медицинских изделий и расходных материалов для оказания стоматологической помощи в рамках территориальной программы ОМС.

4.2.6.2. Увеличение стоимости продуктов питания - расходы по оплате договоров на приобретение (изготовление) продуктов питания, в том числе молочные смеси, лечебно-профилактическое питание, иные продукты питания с целью организации питания пациентов, находящихся в круглосуточном стационаре, рожениц и родильниц; на питание одного из родителей или иного лица, ухаживающего за госпитализированным ребенком до 4-х лет или за ребенком старше указанного возраста при наличии медицинских показаний, в пределах средств, полученных за выполненные объемы стационарной помощи.

4.2.6.3. Увеличение стоимости горюче-смазочных материалов - расходы по оплате договоров на приобретение (изготовление) горюче-смазочных материалов, в том числе все виды топлива, горючего и смазочных материалов.

4.2.6.4. Увеличение стоимости строительных материалов - расходы по оплате договоров на приобретение (изготовление) строительных материалов, за исключением строительных материалов для целей капитальных вложений.

4.2.6.5. Увеличение стоимости мягкого инвентаря - расходы по оплате договоров на приобретение (изготовление) мягкого инвентаря, в том числе имущества, функционально ориентированного на охрану труда и технику безопасности, гражданскую оборону (специальной одежды, специальной обуви и предохранительных приспособлений (комбинезонов, костюмов, курток, брюк, халатов, полушубков, тулупов, различной обуви, рукавиц, очков, шлемов, противогазов, респираторов, других видов специальной одежды)).

4.2.6.6. Увеличение стоимости прочих оборотных запасов (материалов) - расходы по оплате договоров на приобретение (изготовление) прочих объектов, относящихся к материальным запасам, в том числе:

- запасных и (или) составных частей для машин, оборудования, в том числе стоимостью свыше 100 тысяч рублей, оргтехники, вычислительной техники, систем телекоммуникаций и локальных вычислительных сетей, систем передачи и отображения информации, защиты информации, информационно-вычислительных систем и тому подобное;
- кухонного инвентаря;
- бланочной продукции (за исключением бланков строгой отчетности);
- другие аналогичные расходы.

4.2.6.7. Увеличение стоимости прочих материальных запасов однократного применения - расходы по оплате договоров на приобретение (изготовление) прочих объектов, относящихся к материальным запасам однократного применения, в том числе:

- приобретение (изготовление) специальной продукции;
- приобретение (изготовление) бланков строгой отчетности;

4.3. Медицинская организация вправе осуществлять перераспределение полученных доходов между структурными подразделениями и службами, входящими в их состав и работающими в системе ОМС.

5. 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

5.1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - Контроль) осуществляется в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда ОМС.

5.1. Территориальный фонд ОМС и СМО имеют право частично отказать в оплате счета медицинской организации по результатам медико-экономического контроля в случае выявления пересечения сроков лечения (как внутри медицинской организации, так и между различными учреждениями).

Пересечением сроков лечения являются следующие случаи:

- одномоментное нахождение пациента в разных подразделениях стационара, а также в стационарах разных медицинских организаций за исключением случаев лечения пациента в дневном стационаре по КСГds18.002 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ» и (или) случаев проведения услуг диализа в амбулаторных условиях;

- одномоментное оказание амбулаторно-поликлинической помощи по законченному случаю одному застрахованному лицу несколькими врачами по одному тарифному профилю (справочник TERR001) и одному диагнозу, кроме случаев экстренного направления на госпитализацию;

- одномоментное (в один день) оказание амбулаторно-поликлинической помощи одному застрахованному лицу несколькими врачами по одному тарифному профилю (справочник TERR001), за исключением стоматологической, гинекологической, онкологической помощи и посещений врача офтальмолога с проведением комплекса диагностики до операции и врача офтальмолога с проведением операции;

- одномоментный (в один день) осмотр пациента одним и тем же врачом по одному и тому же тарифному профилю (справочник TERR001) с разными диагнозами за исключением стоматологической помощи;

- одномоментный (в один день) осмотр пациента одним и тем же врачом по одному и тому же тарифному профилю (справочник TERR001) с применением разных тарифов (посещение в поликлинике, посещение на дому, профосмотр);

- оказание амбулаторно-поликлинической помощи в период пребывания застрахованного лица в условиях дневного стационара (кроме дня поступления, дня выписки, а также консультаций в медицинских организациях областного уровня и в межрайонных центрах);

- оказание амбулаторно-поликлинической помощи или медицинской помощи в стационаре одного дня пациенту, находящемуся в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления, дня выписки, а также консультаций в медицинских организациях областного уровня и в межрайонных центрах). При этом отклоняются амбулаторные посещения, случаи помощи в стационаре одного дня, а случай лечения в круглосуточном стационаре подлежит оплате.

Вне зависимости от способа оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (обращение, посещение с профилактической целью, посещение в связи с оказанием неотложной медицинской помощи), а также проведения сеансов диализа при контроле на возможное пересечение учитываются даты отдельных посещений, а не даты начала и окончания случая лечения.

При контроле на возможное пересечение двух и/или более обращений по одному тарифному профилю (справочник TERR001) учитываются даты отдельных посещений, а не период с даты начала по окончание случая лечения.

При наличии двух и/или более обращений по разным тарифным профилям (справочник TERR001) контроль на возможное пересечение не проводится.

Выявленные по остальным критериям случаи пересечения сроков лечения не оплачиваются в полном объеме, при этом медицинская организация вправе представить на оплату один из отклоненных случаев, в течение 25 календарных дней с момента получения акта МЭК.

Случаи пересечения сроков лечения между различными медицинскими организациями подлежат медико-экономической экспертизе.

При проведении медико-экономического контроля используются справочники соответствия, ведение которых осуществляет территориальный фонд ОМС в составе нормативно-справочной информации в соответствии с Порядком информационного взаимодействия.

При пересечении сроков оказания медицинской помощи в одной или нескольких медицинских организациях на медико-экономическом контроле отклоняются амбулаторные посещения, вызовы скорой помощи или пребывание в дневном стационаре в период лечения в круглосуточном стационаре, при этом случай лечения в круглосуточном стационаре подлежит

медико-экономической экспертизе или экспертизе качества медицинской помощи.

В ходе медико-экономического контроля проверяется:

- однократность включения оказанных услуг в случай лечения, за исключением стоматологической помощи и медицинских услуг в составе случаев лечения в стационарах всех типов.

- однократность первичного посещения с проведением комплексного обследования одним и тем же застрахованным гражданином центров здоровья в отчетном году; все последующие посещения считаются повторными и оплачиваются по соответствующему тарифу;

- наличие повторного представления на оплату случаев диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью; определенных групп взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), в том числе работающих и неработающих граждан, обучающихся в образовательных организациях по очной форме, а также профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и взрослого населения.

- одновременное представление к оплате отдельных посещений специалистов, включенных в случай диспансеризации;

- возможность оплаты оказанной медицинской помощи в зависимости от установленного диагноза.

При повторном представлении на оплату случаев профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения, в счетах одной медицинской организации оплате подлежит первый из представленных на оплату случаев проведения профилактического медицинского осмотра или диспансеризации.

Случаи проведения диспансеризации и профилактических осмотров, включающие осмотры специалистов по специальностям, отсутствующим в лицензии медицинской организации, не дефектуются при проведении МЭК.

При этом, на этапе медико-экономической экспертизы проводится оценка наличия договоров и соответствие проведенных осмотров лицензии медицинской организации, предоставившей медицинские услуги.

Обоснованность одновременного представления на оплату в реестре медицинских услуг отдельных посещений специалистов, включенных в случай диспансеризации и половозрастные сроки проведения диспансеризации оценивается в ходе проведения медико-экономической экспертизы.

5.3. При проведении МЭК реестров счетов за амбулаторно-поликлиническую помощь, к оплате принимаются случаи оказания медицинской помощи в пределах установленных объемов на год для данной медицинской организации с учетом поквартальной разбивки по следующим категориям:

I. посещений с профилактической и с иными целями:

1. посещения с профилактическими целями всего, а также по отдельным видам профилактических медицинских мероприятий (комплексных посещений):

а) профилактический медицинский осмотр, в том числе при первом посещении по поводу диспансерного наблюдения (включая осмотр, проведенный мобильной медицинской бригадой);

б) диспансеризация определенных групп взрослого населения (первый этап), включая случаи диспансеризации, проведенные мобильной медицинской бригадой;

в) диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

г) профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них.

2. посещения с иными целями.

II. посещений в связи с оказанием неотложной медицинской помощи;

III. обращений по поводу заболевания.

При этом оплате подлежат все случаи профилактических осмотров, в том числе в рамках проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, детей-сирот и медицинских осмотров несовершеннолетних, не имеющих других дефектов.

Оценка выполнения установленных объемов по обращениям и по посещениям с профилактической целью (включая диспансеризацию и медицинские осмотры в соответствии с Порядками) осуществляется в пределах установленных объемов на год с учетом поквартальной разбивки при этом отклонение от оплаты случаев оказания медицинской помощи производится только при превышении годовых объемов.

Контроль и оплата объемов стоматологической помощи проводится по количеству УЕТ в пределах установленных объемов на год с учетом поквартальной разбивки с одновременным контролем объемов посещений и обращений.

Результаты контроля по случаям превышения объемов медицинской помощи, оплачиваемой по подушевому принципу, не уменьшают объем подушевого финансирования медицинской организации за отчетный месяц.

Оценка выполнения установленных объемов по оказанию неотложной медицинской помощи осуществляется в пределах установленных объемов на год с учетом поквартальной разбивки, при этом отклонение от оплаты случаев оказания медицинской помощи производится только при превышении годовых объемов по неотложной помощи.

В случае превышения плановых объемов по амбулаторно-поликлинической помощи вопрос об их оплате рассматривается Комиссией по разработке территориальной программы ОМС с проведением коррекции плановых объемов медицинской помощи (в пределах объемов, установленных

территориальной программой ОМС) на основании анализа выполнения объемов и с учетом обращений медицинских организаций.

5.4. При проведении МЭК реестров счетов за медицинскую помощь, оказанную в условиях круглосуточного и дневных стационаров к оплате принимаются случаи оказания медицинской помощи в пределах установленных объемов на отчетный период (нарастающим итогом с начала года).

5.4.1. Оценка выполнения объемов по круглосуточному стационару производится отдельно:

а) по случаям КСГ, без учета объемов по профилю «Акушерство и гинекология» КСГ st02.003 «Родоразрешение», st02.004 «Кесарево сечение», по профилю «Онкология» КСГ 8 и 19 разделов; st 36.012 (для медицинских организаций, имеющих лицензию по онкологии).

б) по группам ВМП, без учета объемов по ВМП Неонатология (группа №18 и №19).

Расчет превышения объемов определяется по следующей формуле:

$$V_{\text{прев}} = (V_{\text{об/факт}} - V_{\text{искл/факт}}) - (V_{\text{об/пл}} - V_{\text{искл/пл}})$$

где:

$V_{\text{прев}}$ - превышение установленных объемов медицинской помощи, не подлежащее оплате (без учета по КСГ st02.003 «Родоразрешение», st02.004 «Кесарево сечение», по профилю «Онкология» КСГ 8 и 19 разделов; st36.012 (для медицинских организаций, имеющих лицензию по онкологии) и ВМП Неонатология (группа №18 и №19);

$V_{\text{об/факт}}$ - фактические объемы медицинской помощи за отчетный период (нарастающим итогом с начала года);

$V_{\text{искл/факт}}$ - фактические объемы медицинской помощи без учета по КСГ st02.003 «Родоразрешение», st02.004 «Кесарево сечение»; по профилю «Онкология» КСГ 8 и 19 разделов; st 36.012 (для медицинских организаций, имеющих лицензию по онкологии) и ВМП Неонатология (группа №18 и №19) (нарастающим итогом с начала года);

$V_{\text{об/пл}}$ - установленные плановые объемы медицинской помощи на отчетный период (нарастающим итогом с начала года);

$V_{\text{искл/пл}}$ - установленные на отчетный период (нарастающим итогом с начала года) плановые объемы медицинской помощи по учета КСГ st02.003 «Родоразрешение», st02.004 «Кесарево сечение», по профилю «Онкология» КСГ 8 и 19 разделов; st36.012 (для медицинских организаций, имеющих лицензию по онкологии) и ВМП Неонатология (группа №18 и №19).

При превышении установленных объемов оказания медицинской помощи по КСГ st02.003 «Родоразрешение», st02.004 «Кесарево сечение», по профилю «Онкология» КСГ 8 и 19 разделов; st 36.012 (для медицинских организаций, имеющих лицензию по онкологии) и ВМП Неонатология (группа №18 и №19), оплате подлежат все случаи лечения, при этом оценка выполнения объемов осуществляется нарастающим итогом с начала года в пределах установленных для данной медицинской организации плановых годовых объемов.

5.4.2. Оценка выполнения объемов по дневным стационарам производится с контролем объемов по случаям:

- по стационару дневного пребывания;
- по дневному стационару;
- по стационару на дому.

Превышение объемов определяется в случаях госпитализации по следующей формуле:

$$V_{\text{прев}} = (V_{\text{об/факт}} - V_{\text{искл/факт}}) - (V_{\text{об/пл}} - V_{\text{искл/пл}})$$

где:

$V_{\text{прев}}$ - превышение установленных объемов медицинской помощи, не подлежащее оплате;

$V_{\text{об/факт}}$ - фактические объемы медицинской помощи за отчетный период (нарастающим итогом с начала года);

$V_{\text{искл/факт}}$ - фактические объемы медицинской помощи по КСГ 8 и 19 разделов; st 36.012 «Онкология» (нарастающим итогом с начала года);

$V_{\text{об/пл}}$ - установленные плановые объемы медицинской помощи на отчетный период (нарастающим итогом с начала года).

$V_{\text{искл/пл}}$ - установленные на отчетный период (нарастающим итогом с начала года) плановые объемы медицинской помощи по КСГ 8 и 19 разделов;

При превышении установленных объемов оказания медицинской помощи по КСГ 8 и 19 разделов; «Онкология» оплате подлежат все случаи лечения, при этом оценка выполнения объемов осуществляется нарастающим итогом с начала года в пределах установленных для данной медицинской организации плановых годовых объемов.

5.5. В случае невыполнения установленных объемов - производится перераспределение невыполненных объемов на последующий период, при этом в последующем плановые объемы учитываются нарастающим итогом.

5.6. При проведении МЭК реестров счетов за медицинские услуги, объемы которых запланированы по территориальной программе ОМС, к оплате принимается случай оказания медицинской помощи в пределах объемов, установленных на отчетный период.

5.7. Поквартальная разбивка объемов медицинской помощи на 2020 год определяется решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в разрезе клинко-статистических групп стационаров (количество случаев), дневных стационаров (количество случаев), профилей специалистов, ведущих амбулаторный прием (количество обращений, посещений, УЕТ) и количества медицинских услуг.

Перераспределение объемов медицинской помощи осуществляется на основании решения Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Медицинская организация имеет право корректировать установленный объем обращений/посещений между профилями врачей, ведущих

амбулаторный прием, а также установленные объемы стационарной медицинской помощи, медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, между клинико-статистическими группами (за исключением КСГ st02.003, st02.004, КСГ 8 и 19 разделов; st 36.012).

Объемы медицинской помощи по КСГ st02.003, st02.004, КСГ 8 и 19 разделов; st36.012) ds 36.006 оплачиваются по факту с последующим обращением медицинской организации (при необходимости) в Комиссию по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования по вопросу перераспределения по клинико-статистическими группам и (или) увеличения годового количества случаев.

Перераспределение объемов высокотехнологичной медицинской помощи внутри медицинской организации осуществляется по видам высокотехнологичной медицинской помощи внутри групп, в соответствии с постановлением Правительства РФ 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». В случае превышения объемов высокотехнологичной медицинской помощи по группам перераспределение объемов между группами высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется на основании решения Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Объемы высокотехнологичной медицинской помощи ГБУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница» по видам «ВМП Неонатология (группа №18)», «ВМП Неонатология (группа №19)» оплачиваются по факту, с последующим обращением медицинской организации, (при необходимости) в Комиссию по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования по вопросу перераспределения по группам и (или) увеличения годового количества случаев.

5.8. Анализ выполнения медицинскими организациями установленных объемов медицинской помощи осуществляется поквартально, нарастающим итогом. Перевыполнение установленных объемов медицинской помощи оплате не подлежит.

5.9. Целевые экспертизы не проводятся в отношении случаев специализированной медицинской помощи до оказания высокотехнологичной медицинской помощи и (или) являющихся продолжением лечения после оказания в одной или разных медицинских организациях по одному профилю оказания медицинской помощи.

5.10. При выявлении по результатам Контроля нарушений к медицинским организациям применяются санкции, в том числе неоплата или неполная оплата затрат на оказание медицинской помощи, а также уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

5.11. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи и применяемые финансовые санкции устанавливается приложением №46 к Соглашению.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Настоящее Соглашение вступает в силу с 1 января 2020 года и действует до 31 декабря 2020 года.

6.2. Изменения и дополнения к Генеральному тарифному Соглашению вносятся путем заключения дополнительного Соглашения на основании решения Комиссии по разработке территориальной программы ОМС, в том числе изменение размера тарифов (увеличение/снижение) на медицинскую помощь. Основанием для изменения величины действующих тарифов являются показатели исполнения бюджета территориального фонда ОМС.

6.3. Приложения к Генеральному тарифному соглашению являются его неотъемлемой частью.

Начальник управления здравоохранения
Тамбовской области


М.В.Лапочкина

Директор территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Тамбовской области


И.В.Комаров


Е.Н.Семенова

Директор Тамбовского филиала ООО ВТБ
Медицинское страхование

Председатель Тамбовской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации


С.И. Федотова

Председатель Совета Региональной
общественной организации
«Ассоциация врачей Тамбовской области»


В.В.Милованов