

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
ПО БАЗОВОЙ ПРОГРАММЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА
ТЕРРИТОРИИ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
на 2023 год**

г. Тюмень

02 февраля 2023 года

РАЗДЕЛ I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

В соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлением Правительства Тюменской области от 27.12.2011 № 487-п «О создании Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Тюменской области», представители Сторон, включенные в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Тюменской области:

От Правительства Тюменской области:

Логинова Наталья Валерьевна – директор Департамента здравоохранения Тюменской области

Новикова Татьяна Сергеевна - заместитель директора Департамента здравоохранения Тюменской области

От территориального фонда обязательного медицинского страхования Тюменской области:

Гиберт Юрий Борисович - директор

Грибоедова Валерия Викторовна – заместитель директора по медицинскому страхованию

От медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов):

Воробьев Игорь Александрович – исполнительный директор Ассоциации «Тюменское региональное медицинское общество»

Мартиросян Мигран Эдуардович - член Ассоциации «Тюменское региональное медицинское общество»

От профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций):

Кудряшов Валерий Павлович - председатель Тюменской межрегиональной организации профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации

Воропаева Марина Александровна – заместитель председателя Тюменской межрегиональной организации профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации

От страховых медицинских организаций:

Кобзева Наталья Мансуровна - директор Тюменского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ - Мед»

Кремлева Наталья Олеговна - директор Тюменского филиала ООО «АльфаСтрахование - ОМС»

Согласовали Тарифное соглашение по базовой программе обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) на территории Тюменской области на 2023 год (далее - Тарифное соглашение).

Нормативную правовую базу для настоящего Тарифного соглашения составляют Федеральные законы от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 323-ФЗ), от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об ОМС в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 326-ФЗ), постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2022 № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» (далее - Программа государственных гарантий), Правила ОМС, утвержденные приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н (далее - Правила ОМС), приказ Минздрава России от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее – Требования), письмо от 26.01.2023 Минздрава России № 31-2/И/2-1075, Федерального фонда ОМС № 00-10-26-2-06/749 «О Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС» (далее - Методические рекомендации по способам оплаты), Закон Тюменской области от 01.12.2022 № 78 «О бюджете территориального фонда ОМС Тюменской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов», постановление Правительства Тюменской области от 29.12.2022 № 1041-п «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Тюменской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» (далее - Территориальная программа), и другие нормативные правовые акты Российской Федерации и Тюменской области, регулирующие правоотношения по предмету настоящего Тарифного соглашения.

Предметом настоящего Тарифного соглашения являются согласованные сторонами способы и условия оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Тюменской области, застрахованным по ОМС гражданам (лицам), тарифы на оплату медицинской помощи, размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех участников, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Тюменской области, оплачивающих медицинскую помощь в рамках программы ОМС и установлены Разделом III.

РАЗДЕЛ II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

В зависимости от условий оказания медицинской помощи установлены следующие способы оплаты медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС в соответствии с базовой программой ОМС, утверждаемой в составе Территориальной программы, в медицинских организациях (перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Тюменской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты, устанавливается Приложением № 1):

1). При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

1.1.) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.

Финансовое обеспечение стимулирования медицинских организаций, имеющих прикрепленное население для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, за достижение показателей результативности их деятельности, осуществляется в пределах 5,0 процентов от базового норматива финансирования на прикрепившихся лиц. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, и критерии их оценки (включая целевые значения), а также порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей, устанавливается Требованиями.

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

В рамках реализации Территориальной программы осуществляется проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции, на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов), в случае:

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

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

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

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

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

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

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

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

профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

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

2). При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

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

2.2) за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским

показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в Приложении № 2, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

3). При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

3.1.) за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ заболеваний), группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по КСГ заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

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

4). При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации:

4.1) по подушевому нормативу финансирования;

4.2) за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

РАЗДЕЛ III. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Тарифы установлены в зависимости от формы, вида и условий оказания медицинской помощи, определенных частью 3 статьи 32 Федерального закона № 323-ФЗ по способам оплаты медицинской помощи, указанным в Разделе II Тарифного соглашения, в соответствии Главой XII Правил ОМС и Методическими рекомендациями по способам оплаты.

Тариф на оплату медицинской помощи включает в себя: расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций,

установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 тыс. рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств ОМС.

В расходы на заработную плату работников медицинской организации не входит оплата труда специалистов с высшим и средним медицинским образованием, оказывающих медицинскую помощь, не предусмотренную разрешением на медицинскую деятельность (лицензией), и (или) не имеющих действующих сертификатов по соответствующей специальности.

При определении размера тарифов на оплату медицинской помощи, установленных Приложением № 3:

1). в амбулаторных условиях установлены:

1.1) половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения, Приложение № 4;

1.2) перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, Приложение № 5;

1.3) перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования, Приложение № 5;

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.

1.4) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС:

№ n/n	Наименование	Размер, рубли	
		без учета коэффициента дифференциации	с учетом коэффициента дифференциации
Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях, за исключением медицинской реабилитации:			
1	комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров	2 129,76	2 368,29
2	комплексных посещений для проведения диспансеризации	2 450,49	2 724,94
	в том числе:		
2.1	для проведения углубленной диспансеризации	917,41	1 020,16
3	для посещений с иными целями	362,39	402,98
4	в неотложной форме	781,46	868,98
5	в связи с заболеваниями (обращениями), всего, из них проведение следующих отдельных диагностических (лабораторных) исследований в рамках базовой программы ОМС	1 811,38	2 014,25
5.1	компьютерная томография	2 718,38	3 022,84
5.2	магнитно-резонансная томография	3 503,61	3 896,01
5.3	ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы	549,19	610,70
5.4	эндоскопическое диагностическое исследование	1 544,85	1 717,87
5.5	молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний	8 463,65	9 411,58

№ n/n	Наименование	Размер, рубли	
		без учета коэффициента дифференциации	с учетом коэффициента дифференциации
5.6	патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии	2 080,30	2 313,29
5.7	тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)	402,37	447,44
6	комплексные посещения при диспансерном наблюдении	1 288,35	1 432,65
Медицинская реабилитация			
1	в амбулаторных условиях	20 085,67	22 335,27

1.5) размеры базовых подушевых нормативов финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования без учета коэффициента дифференциации 1 129,59 руб., с учетом коэффициента дифференциации 1 256,10 руб.;

1.6) значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, Приложение № 6, учитывающих установленные в Тарифном соглашении:

коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, Приложение № 7;

коэффициенты половозрастного состава, Приложение № 4;

коэффициент дифференциации, Приложение № 8;

коэффициента уровня оказания медицинской помощи, Приложение № 9;

коэффициента специфики, Приложение № 10;

1.7) тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, услуга диализа, посещение, обращение (законченный случай), комплексные посещения), применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями субъекта Российской Федерации лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, Приложение № 3;

При проведении профилактических мероприятий, в том числе в рамках диспансеризации, в вечерние часы и выходные дни, применяется повышающий коэффициент к установленным тарифам в размере 1,02.

При проведении профилактических мероприятий (профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации) мобильными медицинскими комплексами применяется повышающий коэффициент к установленным тарифам в размере 1,05.

1.8) классификатор основных медицинских услуг при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) установлен Приложением № 11.

1.9) Перечень единиц объемов медицинской помощи при проведении углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), включающий исследования и иные медицинские вмешательства по перечню, утвержденному Приложением № 2 к Программе государственных гарантий в соответствии с Приложением № 12.

1.10) перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, установленный в приложении к Требованиям, и критерии их оценки (включая целевые значения), а также порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей, в том числе размер выплат за достижение показателей результативности деятельности медицинских организаций, Приложения №№ 13, 13.1;

Каждый показатель, включенный в блок, оценивается в баллах, которые суммируются. Максимально возможная сумма баллов составляет 41, в том числе: 25 баллов для показателей блока 1; 10 баллов для показателей блока 2; 6 баллов для показателей блока 3. В зависимости от результатов деятельности медицинской организации по каждому показателю определяется балл в диапазоне от 0 до 3 баллов. С учетом фактического выполнения показателей, медицинские организации распределяются на три группы: I - выполнившие до 40% показателей; II - от 40% (включительно) до 60% показателей; III - от 60% (включительно) показателей.

Оценка достижения значений показателей результативности деятельности медицинских организаций оформляется решением Комиссии ежеквартально и доводится до сведения медицинских организаций не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным кварталом.

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности, складывается из двух частей: 1 часть - распределение 70% от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период для медицинских организаций II и III групп с учетом численности прикрепленного населения, 2 часть - распределение 30% от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период для медицинских организаций III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов.

Выплаты по итогам второго полугодия 2023 года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь 2022 года - ноябрь 2023 года (включительно) и включаются в счет за декабрь 2023 года.

Объем средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности, за первое полугодие 2023 года, составляет до 30% от общего объема средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности, запланированного на 2023 год.

Оставшийся объем средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности, а также средства, не распределенные между медицинскими организациями по итогам первого полугодия 2023 года, распределяются между медицинскими организациями на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь 2022 года - ноябрь 2023 года (включительно).

Если по итогам года отсутствуют медицинские организации, включенные в III группу, средства, предназначенные для осуществления стимулирующих выплат медицинским организациям III группы, распределяются между медицинскими организациями II группы в соответствии с установленной методикой (с учетом численности прикрепленного населения).

1.11) размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия (несоответствия) требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Минздравом России, Приложение № 14. Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с требованиями, установленными приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н, Приложение № 14.1.

2). При определении размера тарифов на оплату медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара установлены:

2.1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС:

№ п/п	Наименование	Размер, рубли	
		без учета коэффициента дифференциации	с учетом коэффициента дифференциации
1	в стационарных условиях за исключением медицинской реабилитации	39 613,68	44 050,41
	в том числе		
1.1	за счет субвенции ФОМС	39 121,53	43 503,14
2	в условиях дневного стационара за исключением медицинской реабилитации	24 890,04	27 677,72
	в том числе		
2.1	за счет субвенции ФОМС	24 596,16	27 350,93
Медицинская реабилитация			
1	в стационарных условиях	43 608,88	48 493,07
	в том числе		
1.1	за счет субвенции ФОМС	43 103,17	47 930,73
2	в условиях дневного стационара	24 095,39	26 794,07
	в том числе		
2.1	за счет субвенции ФОМС	23 819,09	26 486,83

2.2) перечень КСГ в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях и в условиях дневного стационара установлен Приложением № 4 к Программе государственных гарантий с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ.

Перечень случаев, при которых оплата медицинской помощи осуществляется по двум КСГ установлен Приложением № 15.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим диализ в условиях дневного стационара, оплата случаев оказания медицинской помощи осуществляется по КСГ для оплаты услуг диализа и при необходимости, в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание.

Порядок формирования отдельных КСГ установлен Методическими рекомендациями по способам оплаты. Оплата случаев оказания медицинской помощи с использованием пэгаспаргазы и иных лекарственных препаратов, ранее централизованнокупаемых по отдельным решениям Правительства Российской Федерации, осуществляется с учетом кода диагноза пациента по КСГ st08.002 и ds08.002 «Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети».

2.3) размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ):

№ п/п	Наименование	Размер, рубли	
		без учета коэффициента дифференциации	с учетом коэффициента дифференциации
1	в стационарных условиях	26 280,21	29 223,59
	в %% от норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации, установленного территориальной программой ОМС	65	
2	в условиях дневного стационара	15 201,61	16 904,19
	в %% от норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации, установленного территориальной программой ОМС	60	

2.4) значения коэффициентов:

а) коэффициента дифференциации установленного по территориям оказания медицинской помощи для каждой медицинской организации, Приложение № 8;

б) коэффициентов специфики в диапазоне от 0,8 до 1,4, Приложения №№ 16, 17;

в) коэффициентов сложности лечения пациента (далее-КСЛП):

№	Случаи, для которых установлен КСЛП ⁶	Значение КСЛП
1	предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний), за исключением случаев, к которым применяется КСЛП, предусмотренный пунктом 2 настоящего перечня	0,2
2	предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний), получающих медицинскую помощь по профилю «Детская онкология» и (или) «Гематология»	0,6
3	оказание медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра и за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки	0,2
4	развертывание индивидуального поста	0,2
5	наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии ¹ , требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации	0,6
6	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 1) ²	0,05
7	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 2) ²	0,47
8	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 3) ²	1,16
9	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 4) ²	2,07
10	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 5) ²	3,49
11	проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов ³	0,15
12	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями ⁴	0,63
13	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями ⁴	1,20
14	проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (грипп, COVID-19) в период госпитализации ⁵	0,05

<1> Наличие у пациента дополнительного диагноза (диагноза осложнения заболевания) из перечня, утвержденного Приложением № 18, медицинская помощь в соответствии с которым оказывалась пациенту в период госпитализации;

<2> Перечень возможных операций, а также критерии отнесения соответствующих операций к уровню КСЛП утвержден Приложением № 19;

<3> При проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5-ти суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности

реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации);

<4> Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии, при применении которых может быть применен КСЛП, утвержден Приложением № 20. Стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» в стационарных условиях и в условиях дневного стационара определяется без учета коэффициента дифференциации субъекта Российской Федерации;

<5> Указанный КСЛП не применяется при оплате случаев лечения, оплачиваемых по КСГ st12.012 «Грипп, вирус гриппа идентифицирован» и КСГst12.015-st12.019, используемых для оплаты случаев лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19;

<6> При расчете тарифа на оплату медицинской помощи значения КСЛП пациента применяются к размеру базовой ставки, скорректированному с учетом коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи.

г) коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, тарифы на оплату медицинской помощи определены дифференцированно с учетом уровня медицинской организации:

к первому уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа);

ко второму уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, центры, диспансеры;

к третьему уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

Размеры коэффициента первого уровня медицинских организаций - 0,9; второго уровня – 1,05; третьего уровня – 1,25.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара и дневного стационара в зависимости от уровня медицинской организации установлен Приложением № 1.

2.5) размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи:

а) при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии:

при длительности лечения 3 дня и менее – 90 % от стоимости КСГ;

при длительности лечения более 3 дней – 100 % от стоимости КСГ;

б) при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии:

при длительности лечения 3 дня и менее – 50 % от стоимости КСГ;

при длительности лечения более 3 дней – 80 % от стоимости КСГ;

Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи установлен Приложением № 2.

2.6) доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ установлены Приложениями №№ 21, 22;

2.7) тарифы на оплату услуг диализа установлены Приложением №23; Коэффициенты относительной затратоемкости к базовым стоимостям КСГ для оплаты услуг диализа (без учета коэффициента дифференциации) установлены Приложением № 23.1;

2.8) перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, установлен Приложением № 24;

2.9) перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, установлен Приложением № 25;

2.10) перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, установлен Приложением № 26;

2.11) тарифы на оплату законченных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи, установленные с учетом применения коэффициента к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленной в Программе государственных гарантий, Приложение № 27.

3) При определении размера тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, Приложение № 3, установлены:

3.1) перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, Приложение № 28;

3.2) перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования, Приложение № 28;

3.3) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС без коэффициента дифференциации 3 290,62 руб., руб., с учетом коэффициента дифференциации 3 659,17 руб.;

3.4) размер базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования без коэффициента дифференциации 926,90 руб., с учетом коэффициента дифференциации 1 030,71 руб.;

3.5) значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, Приложение № 29, учитывающих установленные:

коэффициенты половозрастного состава, Приложение № 30;

коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации), Приложение № 31;

коэффициента специфики, Приложение № 32;

коэффициенты дифференциации по территориям оказания медицинской помощи устанавливаемого для каждой медицинской организации, Приложение № 8;

3.6) тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов), применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями субъекта Российской Федерации лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, установлены Приложением № 3;

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

Тарифным соглашением устанавливаются единые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемые при межучрежденческих и межтерриториальных расчетах.

Медицинские организации, осуществляющие свою деятельность в системе ОМС Тюменской области, формируют учетную политику в соответствии с обязательствами по раздельному учету средств ОМС, ведут раздельный аналитический учет поступления и расходования средств ОМС по видам и условиям медицинской помощи, и направляют данные средства на финансирование расходов, предусмотренных настоящим Тарифным соглашением.

Медицинские организации осуществляют финансирование расходов, предусмотренных настоящим Тарифным соглашением, в соответствии с утвержденным в установленном порядке планом финансово-

хозяйственной деятельности (сводом доходов и расходов) в пределах объемов финансовых поступлений по ОМС. При использовании средств ОМС медицинские организации должны исходить из необходимости достижения критериев доступности и качества медицинской помощи с использованием наименьшего объема средств или достижения наилучшего результата с использованием определенного объема средств ОМС. Направление медицинской организацией средств ОМС на расходы, не предусмотренные данным соглашением, договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, на приобретение товаров, работ, услуг, с нарушением установленного порядка, на возмещение средств ОМС, использованных ранее не по целевому назначению, является нецелевым и нерациональным использованием средств ОМС.

За нецелевое использование медицинской организацией средств ОМС медицинская организация несет ответственность в соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ.

РАЗДЕЛ IV. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

В соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), утвержденным приказом Минздрава России от 19.03.2021 № 231 н, в соответствии с пунктом 9.1 части 1 статьи 7 Федерального закона № 326-ФЗ, значениями коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, установленными Правилами ОМС, размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС и размеры штрафов за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи, установлены Приложением № 33.

РАЗДЕЛ V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Тарифное соглашение заключается на 2023 финансовый год и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года с 01.01.2023 по 31.12.2023.

В Тарифное соглашение вносятся изменения:

- при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в Тюменской области, в части включения (исключения) медицинских организаций;
- при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках ОМС;
- при внесении изменений в Требования, приводящие к изменению структуры и содержания Тарифного соглашения;
- при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;
- при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации решений, приводящих к необходимости внесения изменений в тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

Внесение изменений в Тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к Тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.