



АДМИНИСТРАЦИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

06.08.2013

№ 338а

О внесении изменений в постановление Администрации
Томской области от 25.12.2012 № 526а

ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Внести в постановление Администрации Томской области от 25.12.2012 № 526а «Об утверждении областной Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на территории Томской области на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» («Собрание законодательства Томской области», № 2/1 (91) от 15.02.2013) следующие изменения:

в областной Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на территории Томской области на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, утвержденной указанным постановлением (далее – Программа):

1) в пункте 3:

после абзаца шестого дополнить абзацем следующего содержания:

«Условия реализации установленного законодательством Российской Федерации права на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача (с учетом согласия врача), соблюдаются в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012 № 407н «Об утверждении Порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача».»;

после абзаца тридцать второго дополнить абзацем следующего содержания:

«Пациенты, имеющие медицинские и (или) эпидемиологические показания, установленные в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 535н «Об утверждении перечня медицинских и эпидемиологических показаний к размещению пациентов в маломестных палатах (боксах)», размещаются в маломестных палатах (боксах) с соблюдением федеральных санитарных правил.»;

2) в пункте 5 предложение «Функции организационно-методического центра выполняет областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Томская областная клиническая больница» – Отделение Центр здоровья.» исключить;

3) в пункте 9:

в абзаце втором слово «первоочередное» заменить словом «внеочередное»;

в абзаце третьем слово «первоочередной» заменить словом «внеочередной»;

4) в абзаце шестом пункта 14 слова «Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.12.2011 № 1690н «Об утверждении перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи»

заменить словами «Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012 № 1629н «Об утверждении перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи»;

5) в пункте 17 слова «(включая химиотерапевтические препараты для больных гематологического отделения ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница»)» исключить;

б) пункт 22 изложить в следующей редакции:

«22. Нормативы объемов предоставления медицинской помощи составляют:

для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, на 2013 – 2015 годы – 0,325 вызова на 1 жителя;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической целью (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), на 2013 год – 2,451 посещения на 1 жителя, в рамках областной Программы ОМС – 2,340 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2014 год – 2,64 посещения на 1 жителя, в рамках областной Программы ОМС – 2,24 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год – 2,7 посещения на 1 жителя, в рамках областной Программы ОМС – 2,3 посещения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, на 2013 год – 2,151 обращения на 1 жителя, в рамках областной Программы ОМС – 2,04 обращения на 1 застрахованное лицо, на 2014 год – 2,15 обращения на 1 жителя, в рамках областной Программы ОМС – 1,95 обращения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год – 2,2 обращения на 1 жителя, в рамках областной Программы ОМС – 2 обращения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках областной Программы ОМС на 2013 год – 0,408 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2014 год – 0,46 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год – 0,6 посещения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в условиях дневных стационаров на 2013 год – 0,632 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках областной Программы ОМС – 0,500 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, 2014 год – 0,665 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках областной Программы ОМС – 0,55 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, на 2015 год – 0,71 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках областной Программы ОМС – 0,59 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в стационарных условиях на 2013 год – 2,565 койко-дня на 1 жителя, в рамках областной Программы ОМС – 1,939 койко-дня на 1 застрахованное лицо, на 2014 год – 2,463 койко-дня на 1 жителя, в рамках областной Программы ОМС – 1,66 койко-дня на 1 застрахованное лицо, на 2015 год – 2,35 койко-дня на 1 жителя, в рамках областной Программы ОМС – 1,59 койко-дня на 1 застрахованное лицо;

для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях на 2013 год – 0,032 койко-дня на 1 жителя, на 2014 год – 0,092 койко-дня на 1 жителя, на 2015 год – 0,112 койко-дня на 1 жителя.»;

7) пункты 23 – 25 изложить в следующей редакции:

«23. Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 2013 год составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования – 1769,1 рубля;

на 1 посещение с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств областного бюджета и местных бюджетов (далее – соответствующие бюджеты) – 271 рубль, за счет средств обязательного медицинского страхования – 371,1 рубля;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов – 1068,8 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 1185,1 рубля;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования – 478,8 рубля;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств соответствующих бюджетов – 452,2 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования (без учета применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) – 630 рублей;

на 1 случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) за счет средств обязательного медицинского страхования – 124 550 рублей;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов – 1539,1 рубля, за счет средств обязательного медицинского страхования – 2659,4 рубля;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода), за счет средств соответствующих бюджетов – 1552,1 рубля.

24. Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой, на 2014 и 2015 годы составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования – 1792,1 рубля на 2014 год, 1815,4 рубля на 2015 год;

на 1 посещение с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов – 285,1 рубля на 2014 год, 299,1 рубля на 2015 год; за счет средств обязательного медицинского страхования – 390,4 рубля на 2014 год, 409,6 рубля на 2015 год;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов – 1124,4 рубля на 2014 год, 1179,5 рубля на 2015 год; за счет средств обязательного медицинского страхования – 1246,8 рубля на 2014 год, 1307,9 рубля на 2015 год;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования – 503,7 рубля на 2014 год, 528,4 рубля на 2015 год;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств соответствующих бюджетов – 475,7 рубля на 2014 год, 499 рублей на 2015 год; за счет средств обязательного медицинского страхования (без учета применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) – 662,7 рубля на 2014 год, 695,2 рубля на 2015 год;

на 1 случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) за счет средств обязательного медицинского страхования – 131026,6 рубля на 2014 год, 137446,9 рубля на 2015 год;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов – 1619,1 рубля на 2014 год, 1698,4 рубля на 2015 год; за счет средств обязательного медицинского страхования – 2796,4 рубля на 2014 год, 2933,4 рубля на 2015 год;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода), за счет средств соответствующих бюджетов – 1619,1 рубля на 2014 год, 1698,4 рубля на 2015 год.

25. Средние подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Программой (без учета расходов федерального бюджета), составляют:

в 2013 году – 13340,8 рубля, в 2014 году – 13255,5 рубля, в 2015 году – 13491,4 рубля, в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование областной Программы ОМС за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2013 году – 9478,8 рубля, в 2014 году – 9447,9 рубля, в 2015 году – 9455,5 рубля.»;

8) в пункте 27:

абзац второй исключить;

в абзаце шестом слова «согласительной комиссией по тарифам в системе обязательного медицинского страхования Томской области» заменить словами «Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Томской области»;

9) пункт 28 изложить в следующей редакции:

«28. В тариф при оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования включаются следующие виды расходов:

Направления расходования средств	Наименование статьи и подстатьи в соответствии с бюджетной классификацией Российской Федерации <1>	
	статья	подстатья
Заработная плата <2>	210 «Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда»	211 «Заработная плата»
Начисления на оплату труда <2>		212 «Прочие выплаты»
Прочие выплаты <2>		213 «Начисления на выплаты по оплате труда»
Приобретение лекарственных средств <2>	340 «Увеличение стоимости материальных запасов»	
Приобретение расходных материалов <2>		
Приобретение продуктов питания <2>		
Приобретение мягкого инвентаря <2>		
Приобретение медицинского	310 «Увеличение	

инструментария, реактивов и химикатов <2>	стоимости основных средств»	
Оборудование, относящееся согласно сертификату (декларации) соответствия, относится в соответствии с Классификацией основных средств к виду 14 3311320 «Оборудование для кабинетов и палат, оборудование для лабораторий и аптек» раздела 14 0000000 «Машины и оборудование» <4>	310 «Увеличение стоимости основных средств»	
Приобретение прочих материальных запасов, включая приобретение запасных частей и (или) составных частей для машин, оборудования, в том числе стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу <2>	340 «Увеличение стоимости материальных запасов»	
Приобретение горюче-смазочных материалов <2>	340 «Увеличение стоимости материальных запасов»	
Оплата стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинских организациях лаборатории и диагностического оборудования) <2>	220 «Оплата работ, услуг»	226 «Прочие работы, услуги»
Организация питания (при отсутствии организованного питания в медицинских организациях) <2>	220 «Оплата работ, услуг»	226 «Прочие работы, услуги»
Оплата услуг связи <2>	220 «Оплата работ, услуг»	221 «Услуги связи»
Оплата транспортных услуг <2>	220 «Оплата работ, услуг»	222 «Транспортные услуги»
Оплата арендной платы автомобилей <2>	220 «Оплата работ, услуг»	224 «Арендная плата за пользование имуществом»

Коммунальные услуги <3>	220 «Оплата работ, услуг»	223 «Коммунальные услуги»
Арендная плата за пользование имуществом <4>	220 «Оплата работ, услуг»	224 «Арендная плата за пользование имуществом»
Работы и услуги по содержанию имущества <4>	220 «Оплата работ, услуг»	225 «Работы, услуги по содержанию имущества»
Текущий ремонт <3>	220 «Оплата работ, услуг»	225 «Работы, услуги по содержанию имущества»
Ремонт и техническое обслуживание транспортных средств <4>	220 «Оплата работ, услуг»	225 «Работы, услуги по содержанию имущества»
Обучение на курсах повышения квалификации, подготовки и переподготовки специалистов <2>	220 «Оплата работ, услуг»	226 «Прочие работы, услуги»
Страхование транспортных средств	220 «Оплата работ, услуг»	226 «Прочие работы, услуги»
Техническое обслуживание оборудования <4>	220 «Оплата работ, услуг»	226 «Прочие работы, услуги»
Оплата программного обеспечения и прочих услуг <2>	220 «Оплата работ, услуг»	226 «Прочие работы, услуги»
	320 «Увеличение стоимости нематериальных активов»	
Социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации <2>	260 «Социальное обеспечение»	261 «Пенсии, пособия и выплаты по пенсионному, социальному и медицинскому страхованию населения»
		262 «Пособия по социальной помощи населению»
Прочие расходы <2>	290 «Прочие расходы»	
Уплата налога на имущество, других налогов и сборов в случае, если обязанность уплаты указанных расходов совпадает с годом реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования <2>	290 «Прочие расходы»	

Уплата штрафов и пени, в том числе штрафов за нарушение требований пожарной безопасности <2>	290 «Прочие расходы»	
Возмещение физическому лицу морального и физического вреда, взысканного по решению суда в связи с некачественным оказанием медицинской помощи <2>	290 «Прочие расходы»	
Приобретение оборудования, в том числе немедицинского, стоимостью до 100 000 рублей за единицу <4>	310 «Увеличение стоимости основных средств»	

<1> Указываются в соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации и бюджетным законодательством Российской Федерации, Приказом Министерства финансов Российской Федерации от 21.12.2012 № 171н «Об утверждении Указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов».

<2> Непосредственно связанные с оказанием бесплатной медицинской помощи застрахованным гражданам по обязательному медицинскому страхованию.

<3> Применяется в части содержания зданий (помещений), используемых для оказания бесплатной медицинской помощи застрахованным гражданам по обязательному медицинскому страхованию.

<4> Применяется в части имущества, используемого для оказания бесплатной медицинской помощи застрахованным гражданам по обязательному медицинскому страхованию.»;

10) в приложении № 2 «Перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно» к Программе слова «Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Томский областной противотуберкулезный диспансер» заменить словами «Областное государственной бюджетное учреждение здравоохранения «Томский фтизиопульмонологический медицинский центр»;

11) в приложении № 3 «Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Программы, в том числе областной Программы ОМС» к Программе слова «Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Томский областной противотуберкулезный диспансер» заменить словами «Областное государственной бюджетное учреждение здравоохранения «Томский фтизиопульмонологический медицинский центр»;

12) в приложении № 4 «Целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи» к Программе строки:

<22.	Объем медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров:			
	число пациенто-дней на 1 жителя	0,656	0,665	0,71
	число пациенто-дней на 1 застрахованное лицо	0,525	0,55	0,59»

изложить в следующей редакции:

«22.	Объем медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров:			
	число пациенто-дней на 1 жителя	0,632	0,665	0,71
	число пациенто-дней на 1 застрахованное лицо	0,500	0,55	0,59»;

13) приложение № 5 «Утвержденная стоимость областной Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по условиям ее оказания на 2013 год» к Программе изложить в новой редакции согласно приложению № 1 к настоящему постановлению;

14) приложение № 6 «Стоимость областной Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на территории Томской области по источникам финансового обеспечения на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» к Программе изложить в новой редакции согласно приложению № 2 к настоящему постановлению;

15) приложение № 7 «Объемы медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» к Программе изложить в новой редакции согласно приложению № 3 к настоящему постановлению;

16) приложение № 8 «Способы оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования на территории Томской области» изложить в новой редакции согласно приложению № 4 к настоящему постановлению.

2. Департаменту информационной политики и общественных связей Администрации Томской области (Севостьянов) обеспечить опубликование настоящего постановления.

И.о. Губернатора Томской области



А.М.Феденёв

Приложение № 1
к постановлению Администрации
Томской области
от 06.08.2013 № 338а

Утвержденная стоимость областной Программы государственных гарантий бесплатного оказания
гражданам медицинской помощи по условиям ее оказания на 2013 год

Численность населения – 1 057 748. Численность застрахованных лиц – 1 028 734.

Медицинская помощь по источникам финансового обеспечения и условиям предоставления	№ строки	Единица измерения	Территориальные нормативы объемов предоставления медицинской помощи на 1-го жителя (по территориальной программе ОМС – на 1 застрахованное лицо) в год	Территориальные нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи	Средние подушевые нормативы финансирования территориальной программы		Стоимость территориальной программы по источникам ее финансового обеспечения		
					руб.		млн. руб.		в % к итогу
					за счет средств консолидированного бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	за счет средств консолидированного бюджета субъекта РФ	за счет средств ОМС	
I. Медицинская помощь, предоставляемая за счет консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации, в том числе <*>:	01		X	X	3592,0	X	3799,4	X	27,6
1. Скорая медицинская помощь	02	вызов	0,016	12005,9<*>	192,5	X	203,6	X	X
2. При заболеваниях, не включенных в территориальную программу ОМС:	03		X	X	1715,9	X	1815,0	X	X
амбулаторная помощь	04	посещение	0,698	867,8	605,7	X	640,7	X	X
стационарная помощь	05	к/день	0,679	1539,1	1044,4	X	1104,7	X	X
в дневных стационарах	06	пациенто-день	0,146	452,2	65,8	X	69,6	X	X
3. При заболеваниях, включенных	07		X	X		X		X	X

в базовую программу ОМС, гражданам Российской Федерации, не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС:									
скорая медицинская помощь	08	вызов	X	X	X	X		X	
амбулаторная помощь	09	посещение	X	X	X	X		X	X
стационарная помощь	10	к/день	X	X	X	X		X	X
в дневных стационарах	11	пациенто-день	X	X	X	X		X	X
4. Иные государственные и муниципальные услуги (работы)	12		X	X	1599,9	X	1692,3	X	X
5. Специализированная высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских организациях субъекта РФ	13	к/день	X	X	83,8	X	88,6	X	X
II. Средства консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на содержание медицинских организаций, работающих в системе ОМС <***>:	14		X	X		X		X	
скорая медицинская помощь	15	вызов	X	X		X		X	X
амбулаторная помощь	16	посещение	X	X		X		X	X
стационарная помощь	17	к/день	X	X		X		X	X
в дневных стационарах	18	пациенто-день	X	X		X		X	X
II. Медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС:	19		X	X	X	9748,8	X	9964,9	72,4
скорая медицинская помощь (сумма строк 26 + 30)	20	вызов	0,325	1769,1	X	637,0	X	591,3	X
амбулаторная помощь (сумма строк 27 + 32)	21	посещение	9,281		X		X		X
	21.1	посещений по неотложной медицинской помощи	0,408	478,8		195,5		201,2	
	21.2	посещений с профилактической целью	2,34	371,1		868,3		893,3	
	21.3	помощи	2,04 <****>	1185,1		2422,9		2492,5	
стационарная помощь (сумма строк 28 + 33)	22	к/день	1,939	2659,4	X	5155,4	X	5303,5	X

в дневных стационарах (сумма строк 29 + 34)	23	пациенто- день	0,500	630,0	X	315,2	X	324,3	X
затраты на АУП в сфере ОМС <*****>	24		X	X	X	154,5	X	158,9	X
из строки 19: 1. Медицинская помощь, предоставляемая в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам	25		X	X	X		X		
скорая медицинская помощь	26	вызов	0,325	1769,1	X	637,0	X	591,3	X
амбулаторная помощь	27	посещение	9,281		X		X		X
	27.1	посещений по неотложной медицинской помощи	0,408	478,8		195,5		201,2	
	27.2	посещений с профилак- тической целью помощи	2,34	371,1		868,3		893,3	
	27.3	обращений	2,04 <*****>	1185,1		2422,9		2492,5	
стационарная помощь	28	к/день	1,939	2659,4	X	5155,4	X	5303,5	X
в дневных стационарах	29	пациенто- день	0,500	630,0	X	315,2	X	324,3	X
2. Медицинская помощь по видам и заболеваниям сверх базовой программы:	30		X	X	X		X		
скорая медицинская помощь	31	вызов			X		X		X
амбулаторная помощь	32	посещение			X		X		X
	32.1	посещений с профилак- тической целью помощи							
	32.2	посещений по неотложной медицинской помощи							
	32.3	обращений							
стационарная помощь	33	к/день			X		X		X
в дневных стационарах	34	пациенто- день			X		X		X
ИТОГО (сумма строк 01 + 14 + 19)	35		X	X	3592,0	9748,8	3799,4	9964,9	100

<*> Без учета финансовых средств консолидированного бюджета Томской области на содержание медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования (затраты, не вошедшие в тариф).

<*> С учетом финансовых средств, предусмотренных на оказание скорой специализированной медицинской помощи областными государственными учреждениями здравоохранения.

<***> Указываются средства консолидированного бюджета Томской области на содержание медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования, сверх уплачиваемых страховых взносов на неработающее население и передаваемые в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Томской области в виде межбюджетных трансфертов.

<****> Кратность посещений по поводу одного заболевания составляет 3,2 посещения.

<*****> Затраты на административно-управленческий персонал Территориального фонда обязательного медицинского страхования Томской области и страховых медицинских организаций.



Приложение № 2
к постановлению Администрации
Томской области
от 06.08.2013 № 338а

Стоимость областной Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на территории Томской области по источникам финансового обеспечения на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов

Источники финансового обеспечения областной Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на территории Томской области	№ строки	2013 год				Плановый период			
		Утвержденная стоимость областной Программы		Расчетная стоимость областной Программы		Стоимость областной Программы		Стоимость областной программы	
		всего (млн. руб.)	на одного жителя (одно застрахованное лицо по ОМС) в год (руб.)	всего (млн. руб.)	на одного жителя (одно застрахованное лицо по ОМС) в год (руб.)	всего (млн. руб.)	на одного жителя (одно застрахованное лицо по ОМС) в год (руб.)	всего (млн. руб.)	на одного жителя (одно застрахованное лицо по ОМС) в год (руб.)
Стоимость областной Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на территории Томской области по источникам финансового обеспечения, всего (сумма строк 02 +03), в том числе:	01	13764,3	13340,8	15 373,4	14 886,9	13682,0	13255,5	13930,5	13491,4
I. Средства консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации <*>	02	3799,4	3592,0	5 122,3	4 842,6	4027,4	3807,5	4269,1	4036,0
II. Стоимость областной Программы обязательного	03	9964,9	9748,8	10 251,1	10 044,3	9 654,6	9 447,9	9 661,5	9 455,5

медицинского страхования, всего (сумма строк 04 +10)									
1. Стоимость областной Программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы (сумма строк 05+06+09), в том числе:	04	9964,9	9748,8	10 251,1	10 044,3	9 654,6	9 447,9	9 661,5	9 455,5
1.1. Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	05	9 195,8	8 939,0	9 580,7	9 313,1	9 012,8	8 761,0	9 012,8	8 761,0
в том числе:									
На финансовое обеспечение дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами, фельдшерами и медицинскими сестрами скорой медицинской помощи		67,1	65,2						
1.2. Межбюджетные трансферты бюджетов субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение областной Программы обязательного медицинского страхования в части базовой программы ОМС <*>	06	524,2	571,8	670,4	731,2	531,2	579,4	538,1	586,9
1.2.1. Межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Томской области на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением	07	524,2	571,8	670,4	731,2	531,2	579,4	538,1	586,9

специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи)									
1.2.2. Межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Томской области на финансовое обеспечение расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»	08								
1.3. Прочие поступления	09	244,9	238,1			110,6	107,5	110,6	107,5
2. Межбюджетные трансферты бюджетов субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой Программой ОМС, в том числе:	10								
2.1. Межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Томской области	11								

на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи)									
2.2. Межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Томской области на финансовое обеспечение расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»	12								

<*> Без учета бюджетных ассигнований федерального бюджета на ОНЛС, целевые программы, а также средств по пункту 2 раздела II по строке 08.

<***> Без учета численности застрахованных по ОМС граждан ЗАТО Северск.



Объемы медицинской помощи на 2013 год

Численность населения – 1 057 748 человек, численность застрахованных – 1 028 734 человека.

Наименование медицинской организации	Объемы медицинской помощи за счет средств бюджета по видам:					Объемы медицинской помощи за счет средств ОМС по видам:			
	скорая медицинская помощь (число вызовов)	амбулаторно-поликлиническая помощь (посещения)	стационарная помощь (койко-дни)	в том числе паллиативная помощь	стационарозамещающая помощь (пациенто-дни)	скорая медицинская помощь (число вызовов)	амбулаторно-поликлиническая помощь (посещения)	стационарная помощь (койко-дни)	стационарозамещающая помощь (пациенто-дни)
Муниципальное автономное учреждение здравоохранения «Александровская центральная районная больница»	400	6800	2846			4400	103084	23536	6670
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Асиновская центральная районная больница»	39	24760	1264	1264		13800	316491	82497	28135
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Бакчарская центральная районная больница	400	6600				6600	163924	28281	5085
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Верхнекетская центральная районная больница»	44	11706	1045		308	5474	193523	33323	8075
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Зырянская центральная районная больница»	32	13000	1997	1997		4700	147808	21417	8068

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Каргасокская центральная районная больница»	180	16366	11639	9476		8250	233733	38165	20600
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Кожевниковская центральная районная больница	35	21500	1060	1200		6260	220810	33815	17865
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Колпашевская центральная районная больница»	420	21100	1540		3894	17600	490026	76184	23242
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Кривошеинская центральная районная больница»	100	8800	3201	3201		5833	152935	34723	7094
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Молчановская центральная районная больница»	981	11479				5300	129342	31772	13134
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Парабельская центральная районная больница	100	9535	3304	3304		3400	126534	22174	4538
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Первомайская центральная районная больница»	250	11250	920			7681	197725	43031	11003
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Тегульдетская центральная районная больница»	300	4500	365			2450	69136	18098	3366
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Томского района «Томская центральная районная больница»	97	5050	2000	2000		11500	243071	51474	23100
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Томского района «Лоскутовская центральная районная поликлиника»		10580					136095		8778
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Светленская районная больница № 1»	92	9310	5163			8394	331935	11140	25300
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Томского района «Моряковская участковая больница»	20		515			1700	38550	2592	2805
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Чаинская центральная районная больница»	30	8100	419			3700	130190	29745	12364
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Шегарского района «Шегарская центральная районная больница»	92	14000				7650	162634	24707	13764

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская Больница»	320	27064	6922			11036	317934	68112	11678
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Медсанчасть г. Кедрового	50	1200				950	36220	8309	2271
Муниципальное автономное учреждение здравоохранения «Станция скорой медицинской помощи»	12976					197535			
Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Томская областная клиническая больница»		13887	4802				79815	273534	26700
Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная детская больница»							48238	25159	1330
Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника»							13536		
Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Областной перинатальный центр»		11000					22249	43423	1708
Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Томский областной онкологический диспансер»							57125	46095	9601
Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Томский областной кожно-венерологический диспансер»		104788	26537		2917				
Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Томская клиническая психиатрическая больница»		96745	415140		86224				
Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Томский областной наркологический диспансер»		30000	29988		4331				
Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Томская областная клиническая туберкулезная больница»			120998						

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Томский фтизиопульмонологический медицинский центр»		146510	10348		56277				
Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная детская туберкулезная больница»			44122						
Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Врачебно-физкультурный диспансер»		60000							
Муниципальное автономное учреждение здравоохранения «Детский центр восстановительного лечения»		18576							
Негосударственное учреждение здравоохранения «Узловая поликлиника на станции Томск-2 Открытого Акционерного Общества «Российские железные дороги»							1540		616
Общество с ограниченной ответственностью «Медсанчасть № 3»							41400		
Закрытое акционерное общество «Центр Семейной Медицины»							127000		4620
Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения Поликлиника Томского научного центра Сибирского отделения Российской академии наук							78095		1400
Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница № 81 Федерального медико-биологического агентства»							948363	220503	52531
Муниципальное автономное учреждение здравоохранения «Городская больница скорой медицинской помощи»			2982				9692	74848	
Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Больница № 2»							191636	10574	6284
Муниципальное автономное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 3»		2491	90				325744	120159	3753

Муниципальное автономное учреждение здравоохранения «Межвузовская больница»		7500					241100	7437	5700
Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Медико-санитарная часть № 1»			11858	11858			35531		1100
Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Медико-санитарная часть № 2»		3713	808				635716	79358	17350
Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение Медико-санитарная часть «Строитель»								18217	1100
Муниципальное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская больница № 1»			3552				218063	66311	
Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Детская городская больница № 2»			827				456674	23302	4800
Муниципальное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская больница № 4»							28047	66888	
Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Детская инфекционная больница им. Г.Е.Сибирцева»			50					14810	
Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Родильный дом № 1»			292				83545	28710	15401
Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Родильный дом им. Н.А.Семашко»			898				159554	50991	10410
Муниципальное автономное учреждение здравоохранения «Родильный дом № 4»			266				109733	43519	25965
Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Детская поликлиника № 3»							231905		7772
Муниципальное автономное учреждение здравоохранения «Поликлиника № 1»							163643		5500
Муниципальное автономное учреждение здравоохранения «Поликлиника № 3»		400					222233		3421
Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Поликлиника № 4»							261127		15660

Муниципальное автономное учреждение здравоохранения «Поликлиника № 6»							183085		10938
Муниципальное автономное учреждение здравоохранения «Поликлиника № 8»							100332		4796
Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Поликлиника № 10»							307142		15835
Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Стоматологическая поликлиника № 1»							56698		
Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Стоматологическая поликлиника № 3»							33250		
Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Детская стоматологическая поликлиника № 1»							27050		
Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Детская стоматологическая поликлиника № 2»							39400		
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт кардиологии» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук							28302	14314	
Научно-исследовательский институт гастроэнтерологии им. Г.К.Жерлова государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации								3329	
Автономная некоммерческая организация «Научно-исследовательский институт микрохирургии»								7668	3080
Федеральное казенное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Томской области»							19650	5768	

профессионального образования «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации)									
Томский филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-клинический центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства»								2462	
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт медицинской генетики» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук								300	
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт онкологии» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук								4020	
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт фармакологии» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук								210	
Всего	16958	738310	717758	34300	153951	334213	9556950	1994269	514702

Справочно:

Федеральное бюджетное учреждение Центр реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации «Ключи» – 313 законченных случаев;

Общество с ограниченной ответственностью «Санаторий «Космонавт» – 215 законченных случаев;

Общество с ограниченной ответственностью «Санаторий Синий Утес» – 50 законченных случаев;

Общество с ограниченной ответственностью «Край» – 15 законченных случаев;

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Томский научно-исследовательский институт курортологии и физиотерапии Федерального медико-биологического агентства» – 326 законченных случаев;

Общество с ограниченной ответственностью «ТНПС Лтд» – 15 законченных случаев;

Общество с ограниченной ответственностью «База отдыха» – 5 законченных случаев.



Способы оплаты медицинской помощи в сфере обязательного
медицинского страхования на территории Томской области

1. Термины и определения. Общие положения

1. Медицинские организации – фондодержатели (далее – МО-фондодержатели) – организации (поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, общие (семейные) врачебные практики) любой формы собственности, участвующие в реализации областной Программы обязательного медицинского страхования и имеющие прикрепленных граждан, застрахованных по ОМС (кроме стоматологических поликлиник и женских консультаций), оплата медицинской помощи которых осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу за прикрепленного гражданина, сформированному с учетом фондодержания.

Медицинские организации – исполнители (далее – МО-исполнители) – медицинские организации (стационары, дневные стационары медицинских организаций, поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, общие (семейные) врачебные практики), оказывающие внешние медицинские услуги. МО-фондодержатель является одновременно МО-исполнителем в случае оказания внешних медицинских услуг прикрепленным гражданам.

Внешние медицинские услуги – консультативные, диагностические, лечебные медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях (далее – консультативные, диагностические, лечебные медицинские услуги), медицинская помощь, оказываемая в плановой форме в стационарных условиях (далее – плановая стационарная помощь), медицинская помощь, оказываемая в дневных стационарах всех типов (далее – стационарозамещающая помощь), оказываемые застрахованным по ОМС гражданам, не прикрепленным к МО-исполнителю, по направлению МО-фондодержателя.

Направление – документ, оформляемый врачом МО-фондодержателя в соответствии с учетной формой № 057/у-04, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 255, и выдаваемый прикрепленному гражданину с целью получения им внешних медицинских услуг в МО-исполнителях, на основании которого для осуществления взаиморасчетов с МО-фондодержателями формируются реестры счетов, включающие в себя персонифицированные сведения о пролеченных больных и об оказанной им в отчетном периоде медицинской помощи. Первый экземпляр направления или его копия в обязательном порядке остается у врача-специалиста МО-исполнителя.

Фондодержание – способ подушевого финансирования МО-фондодержателя, при котором подушевой норматив включает финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность МО-фондодержателя и дополнительные средства (фонды), за счет которых производятся взаиморасчеты за внешние медицинские услуги, оказанные прикрепленным к МО-фондодержателю гражданам в МО-исполнителях по тарифам для взаиморасчетов, действующим в сфере ОМС.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования МО-фондодержателя с фондодержанием – ежемесячный объем финансирования конкретной МО-фондодержателя на 1 прикрепленного гражданина, застрахованного по ОМС, рассчитанный на основе положений Методики определения подушевых нормативов и утверждаемый в рамках Тарифного соглашения на оплату медицинской помощи по ОМС на территории Томской области (далее – Тарифное соглашение).

Тарифы для взаиморасчетов в рамках фондодержания:

при взаиморасчетах за амбулаторную помощь – утверждаемая в отдельном прейскуранте в Тарифном соглашении стоимость внешних консультативных, диагностических, лечебных амбулаторных услуг (кроме услуг врачей-акушеров-гинекологов, стоматологов), оказанных МО-исполнителем по направлению врача МО-фондодержателя или при необходимости по направлению врача-специалиста МО-исполнителя при наличии у последнего первичного направления врача МО-фондодержателя в отношении того же прикрепленного пациента, а также в случае оказания МО-исполнителем экстренной медицинской помощи не прикрепленным к ней гражданам;

при взаиморасчетах за плановую стационарную помощь – утверждаемая в отдельном прейскуранте в Тарифном соглашении стоимость законченного случая лечения по клинико-статистической группе, оказанного по направлению врача МО-фондодержателя в стационаре МО-исполнителя;

при взаиморасчетах за стационарозамещающую помощь – утверждаемая в Тарифном соглашении стоимость законченного случая лечения, оказанного по направлению врача МО-фондодержателя в дневном стационаре МО-исполнителя.

Врачебное посещение (посещение пациентом врача в поликлинике (амбулатории), диспансере, женской консультации или посещение пациента врачом на дому) – это контакт пациента с врачом, ведущим амбулаторный (в том числе консультативный) прием, по любому поводу с последующей записью в амбулаторной карте (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

Посещение приемного покоя – случай оказания экстренной медицинской помощи (с использованием параклинических методов исследования) в приемном отделении (приемном покое) стационара больному, не подлежащему госпитализации.

Клинико-статистическая группа заболеваний (далее – КСГ) – группа заболеваний, относящихся к одному профилю стационарной медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов). В КСГ не включается медицинская помощь, оказываемая в ОГБУЗ «Томский областной онкологический диспансер», медицинская помощь пациентам при заболеваниях со злокачественными новообразованиями, оказываемая в ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница» (отделение онкогематология, онкология детская), НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ (хирургия онкологическая), ФГБУЗ «Клиническая больница № 81» ФМБА России (на онкологических койках), ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН (онкологическое отделение). С 1 апреля 2013 года в КСГ не включается медицинская помощь, оказываемая в отделениях хронического гемодиализа ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница»; медицинская помощь, оказываемая ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН при остром инфаркте миокарда со стентированием.

Законченный случай лечения в стационаре – случай оказания медицинской помощи по основному заболеванию в соответствии со стандартами и порядками

оказания медицинской помощи, с предоставлением лечебно-диагностических и консультативных услуг врачей-специалистов при наличии сопутствующего заболевания и/или возникающих острых состояниях от момента поступления до выбытия (выписка, перевод в другое учреждение или в другое профильное отделение, отказ от медицинского вмешательства, самовольный уход, смерть) пациента.

Способ оплаты медицинской помощи – установленный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования и территориальной программой обязательного медицинского страхования способ финансирования медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в тех или иных условиях, установленных Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 32 п. 3).

Дифференцированный подушевой норматив финансирования поликлиники – тариф на оплату амбулаторной помощи в расчете на 1 застрахованного жителя, прикрепленного к поликлинике (поликлиническому отделению медицинской организации). Данный термин используется для медицинских организаций, не включаемых в систему взаиморасчетов по фондодержанию и имеющих прикрепленных граждан.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) – тариф на оплату скорой медицинской помощи в расчете на 1 застрахованного гражданина, обслуживаемого станцией скорой медицинской помощи или отделениями скорой медицинской помощи, входящими в состав медицинских организаций (за исключением отделения скорой медицинской помощи ФГБУЗ «КБ № 81 ФМБА России»).

2. Законченный случай первичного обращения в Центр здоровья – случай обращения гражданина в Центр здоровья, при котором проводится:

измерение роста и веса;

тестирование на аппаратно-программном комплексе для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма;

скрининг сердца компьютеризированный (экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей);

ангиологический скрининг с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчетом плечелодыжечного индекса (пациентам старше 30 лет);

пульсоксиметрия;

биоимпедансметрия (при наличии показаний);

анализ окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина (при наличии показаний);

экспресс-анализ для определения общего холестерина и глюкозы в крови;

комплексная детальная оценка функций дыхательной системы (спирометр компьютеризированный);

проверка остроты зрения;

рефрактометрия;

тонометрия;

исследование бинокулярного зрения;

определение вида и степени аметропии, наличия астигматизма;
 диагностика кариеса зубов, болезней пародонта, некариозных поражений,
 болезней слизистой оболочки и регистрация стоматологического статуса пациента;
 осмотр врача.

Законченный случай повторного обращения в Центр здоровья – случай обращения гражданина в Центр здоровья для динамического наблюдения по рекомендации врача Центра здоровья, при котором повторно проводятся необходимые исследования и осмотр врача.

3. Законченный случай первичного обращения в Центр здоровья для детей – случай обращения ребенка (подростка) в Центр здоровья для детей, при котором проводится:

измерение роста и веса;
 тестирование на аппаратно-программном комплексе для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма;
 определение общего холестерина и глюкозы в крови;
 комплексная детальная оценка функций дыхательной системы;
 пульсоксиметрия;
 биоимпедансметрия (при наличии показаний);
 анализ окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина (при наличии показаний);
 оценка состояния гигиены полости рта;
 осмотр врача-педиатра.

Законченный случай повторного обращения в Центр здоровья для детей – случай обращения ребенка (подростка) в Центр здоровья для детей для динамического наблюдения по рекомендации врача Центра здоровья для детей, при котором повторно проводятся необходимые исследования и осмотр врача.

3.1. Законченный случай оказания медицинской помощи ООО «Сантэ» в выездной форме в отдаленных районах Томской области – случай обращения гражданина в ООО «Сантэ» в период с 01.05.2013 по 30.07.2013, при котором проводится:

общий (клинический) анализ крови;
 анализ мочи общий;
 исследование уровня глюкозы в крови;
 электрокардиографическое исследование с расшифровкой, описанием и интерпретацией электрокардиографических данных;
 УЗИ органов брюшной полости;
 УЗИ почек;
 УЗИ простаты (мужчинам);
 УЗИ щитовидной железы;
 УЗИ органов малого таза (женщинам);
 исследование кала на гельминты;
 цитологическое исследование соскобов шейки матки (женщинам);
 консультативный прием:

- врача-терапевта;
- врача педиатра (детям);
- врача-хирурга;
- врача-невролога;
- врача-офтальмолога;

- врача-эндокринолога;
- врача-кардиолога (кроме детей);
- врача-гастроэнтеролога (кроме детей);
- врача-оториноларинголога;
- врача-гинеколога (женщинам).

4. Реестр счетов – реестр персонифицированных сведений о пролеченных больных и об оказанной им медицинской помощи на основе данных медицинской документации, формируется в соответствии с нормативными правовыми актами в сфере ОМС медицинской организацией ежемесячно, представляется в страховую медицинскую организацию (далее – СМО) в порядке и сроки, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (далее – Договор).

2. Способы оплаты медицинской помощи по видам, включенным в систему взаиморасчетов по фондодержанию

5. В систему взаиморасчетов по фондодержанию включаются медицинские организации, оказывающие следующие виды медицинской помощи:

1) амбулаторная медицинская помощь:

медицинские организации (самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, общие (семейные) врачебные практики) любой формы собственности, участвующие в реализации областной Программы ОМС и имеющие прикрепленных граждан, застрахованных по ОМС, в качестве МО-фондодержателей, кроме стоматологических поликлиник и женских консультаций;

медицинские организации (самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, общие (семейные) врачебные практики) любой формы собственности, оказывающие в качестве МО-исполнителей внешние медицинские услуги неприкрепленным гражданам, кроме стоматологических поликлиник, женских консультаций, ОГАУЗ «Областной перинатальный центр», ОГБУЗ «Томский областной онкологический диспансер» и ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, ФГБУ «НИИ медицинской генетики» СО РАМН;

2) плановая стационарная медицинская помощь:

медицинские организации (стационарные отделения в составе медицинских организаций) любой формы собственности, участвующие в реализации областной Программы ОМС, оказывающие плановую стационарную помощь гражданам, застрахованным по ОМС, в качестве МО-исполнителей, кроме родильных домов и случаев оказания гражданам акушерско-гинекологической помощи, ОГАУЗ «Областной перинатальный центр», ОГБУЗ «Томский областной онкологический диспансер», ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница» (отделение «детская онкология», «гемодиализ», плановая стационарная медицинская помощь, оказываемая с проведением химиотерапии в гематологическом, нефрологическом и ревматологическом отделениях при заболеваниях с кодами по МКБ-10: N03.3; N03.4; N03.5; M32; C81.0 – C81.9; C82.0 – C85.9; C90.0; C91 – C94; D46.0 – D46.9; D47.1), ФГБУЗ «Клиническая больница № 81» ФМБА России (онкологическое отделение), случаев лечения больных со злокачественными новообразованиями в НИИ гастроэнтерологии им. Г.К.Жерлова ГБОУ ВПО СибГМУ Министерства здравоохранения Российской Федерации.

3) стационарозамещающая медицинская помощь:

дневные стационары всех типов (самостоятельные или в составе медицинских организаций любой формы собственности), участвующие в реализации областной Программы ОМС, оказывающие стационарозамещающую помощь в качестве МО-исполнителей, кроме дневных стационаров (всех типов) родильных домов и соответствующих им профилей (акушерство, патология беременных, гинекология, абортное), дневного стационара ОГБУЗ «Томский областной онкологический диспансер», случаев лечения больных со злокачественными новообразованиями в дневном стационаре ФГБУЗ «Клиническая больница № 81» ФМБА России.

6. В системе взаиморасчетов по фондодержанию в бесспорном порядке принимается к оплате:

1) медицинская помощь по всем видам, оказанная по направлениям врачей-специалистов организационно-методического и реабилитационного центра «Чернобыль», за исключением случаев оказания гражданам акушерско-гинекологической помощи и случаев оказания медицинской помощи при злокачественных новообразованиях, с заполнением соответствующих полей в реестрах счетов;

2) амбулаторная помощь гражданам, застрахованным по ОМС, при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования и призыве на военные сборы, за исключением медицинского освидетельствования и диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования, в целях определения годности граждан к военной службе, оказанная в МАУЗ «Поликлиника № 1» и МБЛПУ «Поликлиника № 4», с заполнением соответствующих полей в реестрах счетов.

7. МО-фондодержатели и МО-исполнители формируют счета на оплату медицинской помощи и предъявляют их в СМО в порядке и сроки, установленные Договором, Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н (далее – Правила), и Методическими указаниями по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными Федеральным фондом ОМС (далее – Методические указания).

СМО ежемесячно в размере, порядке и сроки, установленные Договором, перечисляют МО-фондодержателям и МО-исполнителям аванс. При расчете размера аванса среднемесячный объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи по ОМС, определяется исходя из суммы оплаты медицинской помощи по ОМС за последние 3 месяца, предшествующие отчетному периоду. (Например, среднемесячный объем средств для расчета аванса на май рассчитывается исходя из суммы оплаты медицинской помощи за январь – март).

Способы оплаты амбулаторной медицинской помощи в условиях фондодержания

8. Оплата амбулаторной медицинской помощи, оказанной МО-фондодержателями прикрепленным к ней гражданам, производится СМО за счет дифференцированного подушевого норматива финансирования МО-фондодержателя с фондодержанием путем ежемесячного перечисления средств в установленном порядке, на основании счета, принятого к оплате СМО с учетом удержания из суммы счета средств, перечисляемых МО-исполнителям за оказание медицинской помощи прикрепленным к МО-фондодержателям застрахованным гражданам.

9. Оплата внешних консультативных, диагностических, лечебных амбулаторных услуг, оказанных МО-исполнителем прикрепленному к МО-фондодержателю гражданину по направлению врача-специалиста МО-фондодержателя или при необходимости по направлению врача-специалиста МО-исполнителя, при наличии у последнего первичного направления врача МО-фондодержателя в отношении того же прикрепленного гражданина, а также в случае оказания МО-исполнителем экстренной амбулаторной медицинской помощи не прикрепленным к ней гражданам, производится СМО за фактическое количество оказанных внешних услуг за счет дифференцированного подушевого норматива финансирования МО-фондодержателя с фондодержанием.

10. Отчетным периодом, за который производится оплата медицинской помощи, является календарный месяц.

11. МО-исполнитель в срок не позднее 5-го рабочего дня после окончания отчетного периода направляет СМО в электронном виде реестр счетов, включающий в себя персонифицированные сведения о пролеченных больных и об оказанных им в отчетном периоде внешних медицинских услугах. Реестр формируется МО-исполнителем в соответствии с фактическим количеством оказанных внешних медицинских услуг и тарифами для взаиморасчетов в рамках фондодержания.

12. СМО в срок не позднее 7-го рабочего дня после окончания отчетного периода проводит медико-экономический контроль оказания медицинской помощи в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, утвержденным приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230 (далее – Порядок организации и проведения контроля).

13. СМО в срок не позднее 8-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным периодом, направляет полученные от МО-исполнителя персонифицированные сведения о пролеченных больных и об оказанных им в отчетном периоде внешних медицинских услугах каждой МО-фондодержателю, прикрепленным гражданам которой были оказаны внешние медицинские услуги данным МО-исполнителем.

14. МО-фондодержатель проводит проверку полученных от СМО персонифицированных сведений о пролеченных больных и об оказанных им в отчетном периоде внешних медицинских услугах МО-исполнителем на соответствие собственному учету выписанных первичных направлений прикрепленных граждан и направлений врача-специалиста МО-исполнителя к другому врачу-специалисту этой же или другой медицинской организации при наличии первичного направления врача МО-фондодержателя. МО-фондодержатель несет ответственность за передачу третьим лицам сведений о пролеченных больных и об оказанной им медицинской помощи в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

15. При необходимости МО-фондодержатель в срок не позднее 15-го рабочего дня после окончания отчетного периода направляет в электронном виде в СМО письмо-отказ с исходящим номером отправителя в соответствии с типовой формой (приложение № 1 к Способам оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования на территории Томской области (далее – Способы оплаты), в котором (в виде выписки из реестра счетов МО-исполнителя) указываются пациенты и оказанные им медицинские услуги, оплату которых МО-фондодержатель не подтверждает (далее – письмо-отказ МО-фондодержателя). До написания письма-отказа МО-фондодержатель и МО-исполнитель предпринимают все возможные меры по разрешению спорных вопросов по реестру счетов, предъявленному на оплату.

16. СМО на основании письма-отказа МО-фондодержателя проводит медико-экономическую экспертизу обоснованности оказания внешних медицинских услуг, отказанных в оплате. Результаты медико-экономической экспертизы учитываются при оплате за оказанные внешние медицинские услуги в следующих за отчетным периодах.

17. СМО с учетом результатов проведенного медико-экономического контроля реестров МО-исполнителя за отчетный период и результатов медико-экономической экспертизы СМО по письмам-отказам МО-фондодержателя за предыдущий отчетный период в срок не позднее 8-го рабочего дня после окончания отчетного периода формирует в соответствии с Порядком организации и проведения контроля акт медико-экономического контроля для МО-исполнителя, а также сводный счет МО-фондодержателя в соответствии с типовой формой (приложение № 2 к Способам оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования на территории Томской области), в котором указывается сумма, принимаемая СМО к оплате за внешние медицинские услуги за счет дифференцированного подушевого норматива с фондодержанием конкретной МО-фондодержателя.

Способы оплаты плановой стационарной медицинской помощи в условиях фондодержания

18. Оплата плановой стационарной помощи, оказанной МО-исполнителем пациенту по направлению врача-специалиста МО-фондодержателя, осуществляется СМО за счет дифференцированного подушевого норматива финансирования МО-фондодержателя с фондодержанием за фактическое количество законченных случаев лечения по клинико-статистическим группам.

Установленные тарифы оказания медицинской помощи детям учитывают расходы на питание и предоставление спального места одному из родителей или иному члену семьи по усмотрению родителей, ухаживающих за ребенком в возрасте до четырех лет, а за ребенком старше данного возраста – при наличии медицинских показаний.

19. Плановая стационарная помощь по КСГ подразделяется на хирургические КСГ (включающие операции) и терапевтические КСГ согласно перечню КСГ, установленному решением Комиссии по разработке территориальной Программы ОМС в Томской области.

Если при оказании медицинской помощи пациенту было выполнено хирургическое вмешательство, оплата осуществляется по хирургической КСГ. Отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры медицинских услуг, сгруппированных по хирургическим КСГ согласно решению Комиссии по разработке территориальной Программы ОМС в Томской области.

В случае если в рамках одного случая лечения пациенту было оказано несколько хирургических вмешательств, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет более высокий коэффициент затратоемкости.

Если при оказании медицинской помощи пациенту не выполнялось хирургическое вмешательство, оплата осуществляется по терапевтической КСГ. Отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10, группировка которых по терапевтическим КСГ определяется решением Комиссии по разработке территориальной Программы ОМС в Томской области. В случае если пациенту оказывалось оперативное лечение и коэффициент

затратоемкости хирургической КСГ, к которой был отнесен данный случай, меньше коэффициента затратоемкости терапевтической КСГ, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом МКБ-10, медицинская организация вправе отнести случай лечения к терапевтической КСГ.

Если дата выписки пациента с диагнозом «злокачественное новообразование» позднее 1 января 2013 года, но ему не проводилось специфическое лечение по основному заболеванию, данный случай лечения относится:

при выполнении оперативного вмешательства – к хирургической КСГ в соответствии с кодом Номенклатуры медицинских услуг;

без оперативного вмешательства – к терапевтической КСГ в соответствии с кодом МКБ-10 осложнения основного заболевания;

без оперативного вмешательства, при отсутствии возможности отнесения к терапевтической КСГ в соответствии с кодом МКБ-10 осложнения основного заболевания – к группе КСГ № 187.

20. Объем финансового обеспечения медицинской организации, оказавшей плановую стационарную помощь (ФОмо), определяется как сумма стоимости всех случаев оказания плановой стационарной помощи в отчетном периоде:

$$\text{ФОмо} = \Sigma \text{ССсл}, \quad \text{где:}$$

ССсл – стоимость одного случая лечения в стационаре по КСГ.

Отчетным периодом, за который производится оплата медицинской помощи, является календарный месяц.

21. Стоимость одного случая лечения в стационаре по КСГ (ССсл) определяется по формуле:

$$\text{ССсл} = \text{БС} \times \text{КЗкcg} \times \text{КТмо} \times \text{КУСмо} \times \text{КУкcg}, \quad \text{где:}$$

БС – базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи, рассчитываемая как соотношение общего объема средств, предназначенных на финансовое обеспечение стационарной медицинской помощи по КСГ, к планируемому количеству случаев госпитализации по КСГ, и утверждаемая Тарифным соглашением;

КЗкcg – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, устанавливаемый Тарифным соглашением;

КТмо – коэффициент территориальной дифференциации медицинской организации, учитывающий зависимость от месторасположения медицинской организации на территории Томской области и связанную с этим территориальную дифференциацию расходов на оказание медицинской помощи, устанавливаемый Тарифным соглашением;

КУСмо – коэффициент оказания стационарной медицинской помощи в медицинской организации, устанавливаемый Тарифным соглашением;

КУкcg – управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, устанавливаемый Тарифным соглашением.

22. МО-исполнитель в срок не позднее 5-го рабочего дня после окончания отчетного периода направляет СМО в электронном виде реестр счетов, включающий в себя персонифицированные сведения о пролеченных больных и об оказанной им в отчетном периоде плановой стационарной помощи по КСГ по направлениям врачей МО-фондодержателей. Реестр счетов формируется МО-исполнителями в соответствии

с фактическим количеством пролеченных в плановом порядке пациентов и установленными тарифами для взаиморасчетов в рамках фондодержания.

23. СМО в срок не позднее 7-го рабочего дня после окончания отчетного периода проводит медико-экономический контроль случаев оказания медицинской помощи в соответствии с Порядком организации и проведения контроля.

24. СМО в срок не позднее 8-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным периодом, направляет персонифицированные сведения о пролеченных пациентах и об оказанной им плановой стационарной помощи, полученные от МО-исполнителей, каждой МО-фондодержателю, прикрепленным гражданам которой была оказана плановая стационарная помощь данной МО-исполнителем.

25. МО-фондодержатель проводит проверку полученных от СМО персонифицированных сведений о пролеченных пациентах и об оказанной им плановой стационарной помощи по КСГ МО-исполнителем на соответствие собственному учету выписанных направлений. МО-фондодержатель несет ответственность за передачу персонифицированных сведений о пролеченных больных и об оказанной им плановой стационарной помощи сторонним лицам в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

26. При необходимости МО-фондодержатель в срок не позднее 15-го рабочего дня после окончания отчетного периода направляет в электронном виде в СМО письмо-отказ с исходящим номером отправителя в соответствии с типовой формой (приложение № 1 к Способам оплаты), в котором (в виде выписки из реестра счетов МО-исполнителя) указываются законченные случаи лечения пациентов, оплату которых МО-фондодержатель не подтверждает. До написания письма-отказа МО-фондодержатель и МО-исполнитель предпринимают все возможные меры по разрешению спорных вопросов по реестру счетов, предъявленному на оплату.

27. СМО на основании письма-отказа МО-фондодержателя проводит медико-экономическую экспертизу обоснованности оказания плановой стационарной помощи, отказанной в оплате. Результаты медико-экономической экспертизы учитываются при оплате за плановую стационарную помощь в следующих за отчетным периодах.

28. СМО с учетом результатов медико-экономического контроля реестров счетов МО-исполнителя за отчетный период и результатов медико-экономической экспертизы СМО по письмам-отказам МО-фондодержателя за прошлый отчетный период в срок не позднее 8-го рабочего дня после окончания отчетного периода формирует в соответствии с Порядком организации и проведения контроля акт медико-экономического контроля для МО-исполнителя и сводный счет МО-фондодержателя в соответствии с типовой формой (приложение № 2 к Способам оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования на территории Томской области), в котором указывается сумма, принимаемая СМО к оплате за плановую стационарную помощь за счет дифференцированного подушевого норматива с фондодержанием конкретной МО-фондодержателя.

29. В случае обоснованного перевода пациента из одного отделения в другое по экстренным показаниям до момента окончания лечения в стационаре медицинской организации, случай лечения данного пациента в отделении поступления включается в реестр счетов по фондодержанию по стоимости законченного случая по КСГ, соответствующей профилю отделения поступления, а оплата экстренной медицинской помощи производится в соответствии с подразделом «Способы оплаты стационарной помощи, не включаемой в систему взаиморасчетов по фондодержанию» раздела 3 Способов оплаты.

30. Законченные случаи лечения по терапевтическим КСГ при фактической длительности госпитализации до 3-х дней включительно (преждевременная выписка больного (по семейным обстоятельствам, самовольный уход, отказ от медицинского вмешательства), летальный исход, перевод в другую медицинскую организацию) оплачиваются в размере 40% от стоимости одного случая лечения в стационаре по КСГ (ССсл).

Способы оплаты стационарозамещающей медицинской помощи в условиях фондодержания

31. Оплата стационарозамещающей помощи, оказанной МО-исполнителем пациенту по направлению врача-специалиста МО-фондодержателя, осуществляется СМО за счет дифференцированного подушевого норматива финансирования МО-фондодержателя с фондодержанием за фактическое количество законченных случаев лечения в дневном стационаре любого типа.

32. Отчетным периодом, за который производится оплата медицинской помощи, является календарный месяц.

33. МО-исполнитель в срок не позднее 5-го рабочего дня после окончания отчетного периода направляет СМО в электронном виде сформированный реестр счетов, включающий в себя персонифицированные сведения о пролеченных больных и об оказанной им в отчетном периоде стационарозамещающей помощи по направлениям врачей МО-фондодержателей. Реестр счетов формируется МО-исполнителями в соответствии с фактическим количеством пролеченных в дневных стационарах (всех типов) пациентов и установленными тарифами для взаиморасчетов в рамках фондодержания.

34. СМО в срок не позднее 7-го рабочего дня после окончания отчетного периода проводит медико-экономический контроль случаев оказания медицинской помощи в соответствии с Порядком организации и проведения контроля.

35. СМО в срок не позднее 8-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным периодом, направляет полученные от МО-исполнителей персонифицированные сведения о пролеченных пациентах и об оказанной им стационарозамещающей помощи данной МО-исполнителем.

36. МО-фондодержатель проводит проверку полученных от СМО персонифицированных сведений о пролеченных пациентах и об оказанной им стационарозамещающей помощи МО-исполнителем на соответствие собственному учету выписанных направлений. МО-фондодержатель несет ответственность за передачу персонифицированных сведений о пролеченных пациентах и об оказанной им стационарозамещающей помощи третьим лицам в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

37. При необходимости МО-фондодержатель в срок не позднее 15-го рабочего дня после окончания отчетного периода направляет в электронном виде в СМО письмо-отказ с исходящим номером отправителя в соответствии с типовой формой (приложение № 1 к Способам оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования на территории Томской области), в котором (в виде выписки из реестра МО-исполнителя) указываются законченные случаи лечения пациентов в дневном стационаре, оплату которых МО-фондодержатель не подтверждает. До написания письма-отказа МО-фондодержатель и МО-исполнитель предпринимают все возможные меры по разрешению спорных вопросов по реестру счетов, предъявленному на оплату.

38. СМО на основании письма-отказа МО-фондодержателя проводит медико-экономическую экспертизу обоснованности оказания стационарозамещающей помощи, отказанной в оплате. Результаты медико-экономической экспертизы учитываются при оплате за стационарозамещающую помощь в следующих за отчетным периодах.

39. СМО с учетом результатов медико-экономического контроля реестров счетов МО-исполнителя за отчетный период и результатов медико-экономической экспертизы СМО по письмам-отказам МО-фондодержателя за прошлый отчетный период в срок не позднее 8-го рабочего дня после окончания отчетного периода формирует в соответствии с Порядком организации и проведения контроля акт медико-экономического контроля для МО-исполнителя и сводный счет МО-фондодержателя в соответствии с типовой формой (приложение № 2 к Способам оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования на территории Томской области), в котором указывается сумма, принимаемая СМО к оплате за стационарозамещающую помощь за счет дифференцированного подушевого норматива с фондодержанием конкретной МО-фондодержателя.

Расчеты СМО с МО-фондодержателем

40. МО-фондодержатели формируют счета на оплату медицинской помощи и предъявляют их в СМО в порядке и сроки, установленные Договором, Правилами и Методическими указаниями.

Сумма предъявленного счета рассчитывается исходя из количества застрахованных граждан, прикрепленных к МО-фондодержателю, на основании приказа Фонда и дифференцированного подушевого норматива на оплату амбулаторной помощи с фондодержанием.

Фонд ежемесячно представляет медицинской организации приказ об утверждении численности застрахованных граждан, прикрепленных к медицинской организации, оказывающей амбулаторную поликлиническую помощь, на отчетный период в срок не позднее 5-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным.

41. Сумма оплаты амбулаторной медицинской помощи, оказанной МО-фондодержателем, рассчитывается на основании дифференцированного подушевого норматива с фондодержанием, количества прикрепленных застрахованных граждан, результатов медико-экономического контроля и сумм, принятых СМО к оплате за внешние медицинские услуги, оказанные МО-исполнителями гражданам, прикрепленным к МО-фондодержателю за отчетный период, по формуле:

$$СФ = N \times Чпр - Скду - Сст - Сдс - Эфонд, \quad \text{где:}$$

СФ – сумма оплаты амбулаторной медицинской помощи за отчетный период, принятая СМО;

N – утвержденный Тарифным соглашением дифференцированный подушевой норматив финансирования МО-фондодержателя с фондодержанием на одного застрахованного прикрепленного гражданина;

$$N = N_{\text{собств}} + N_{\text{кду}} + N_{\text{ст}} + N_{\text{дс}}, \quad \text{где:}$$

$N_{\text{собств}}$ – подушевой норматив финансирования МО-фондодержателя на собственную деятельность;

Нкду – подушевой норматив для оплаты внешних консультативных и лечебно-диагностических амбулаторных медицинских услуг;

Нст – подушевой норматив для оплаты оказания плановой стационарной помощи;

Ндс – подушевой норматив для оплаты оказания стационарозамещающей помощи;

Чпр – численность граждан, прикрепленных к МО-фондодержателю и застрахованных конкретной СМО, согласно приказу о прикреплении за отчетный период;

Скду – сумма, принятая СМО к оплате за внешние консультативные и лечебно-диагностические амбулаторные медицинские услуги МО-исполнителей с учетом результатов медико-экономического контроля, отраженная в сводном счете, направленном СМО МО-фондодержателю в соответствии с пунктом 17 Способов оплаты;

Сст – сумма, принятая СМО к оплате за оказание плановой стационарной помощи МО-исполнителями с учетом результатов медико-экономического контроля, отраженная в сводном счете, направленном СМО МО-фондодержателю в соответствии с пунктом 28 Способов оплаты;

Сдс – сумма, принятая СМО к оплате за оказание стационарозамещающей помощи МО-исполнителями с учетом результатов медико-экономического контроля, отраженная в сводном счете, направленном СМО МО-фондодержателю в соответствии с пунктом 39 Способов оплаты;

Эфонд – сумма экономии средств по подушевым нормативам, предназначенным для оплаты внешних консультативных и лечебно-диагностических амбулаторных медицинских услуг, плановой стационарной помощи и стационарозамещающей помощи, сложившаяся у МО-фондодержателя в результате меньшего количества фактически направленных граждан, прикрепленных к МО-фондодержателю, для оказания медицинской помощи МО-исполнителями, в размере, превышающем 20% от суммы средств по подушевым нормативам, предназначенным для оплаты внешних консультативных и лечебно-диагностических амбулаторных медицинских услуг, плановой стационарной помощи и стационарозамещающей помощи, с учетом расходов МО-фондодержателя за счет средств по подушевому нормативу на собственную деятельность на оплату внешних консультативных и лечебно-диагностических амбулаторных медицинских услуг, оказанных в медицинских организациях, не указанных в Прейскуранте тарифов на оплату внешних консультативных, диагностических и лечебных амбулаторных медицинских услуг для проведения взаиморасчетов в рамках фондодержания (в том числе для использования при оплате внешних диагностических и лечебных амбулаторных услуг при оказании стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи), установленном Тарифным соглашением.

Эфонд = (Нкду+Нст+Ндс) - (Скду + Сст + Сдс) - (Нкду+Нст+Ндс) x 20% - Ссобств, где:

Ссобств – фактические расходы МО-фондодержателя за счет средств по подушевому нормативу на собственную деятельность на оплату внешних консультативных и лечебно-диагностических амбулаторных медицинских услуг, оказанных в медицинских организациях, не указанных в Прейскуранте тарифов на оплату внешних консультативных, диагностических и лечебных амбулаторных медицинских услуг для проведения взаиморасчетов в рамках фондодержания

(в том числе для использования при оплате внешних диагностических и лечебных амбулаторных услуг при оказании стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи), установленном Тарифным соглашением.

Сумма экономии, подлежащей удержанию со счета МО-фондодержателя, рассчитывается Фондом ежемесячно нарастающим итогом суммарно по всем СМО, начиная с периода январь – февраль 2013 года, и доводится до СМО и МО-фондодержателей. СМО учитывают сумму экономии, подлежащей удержанию, при оплате счета последующего отчетного периода.

В случае образования у МО-фондодержателя дефицита средств по подушевым нормативам для оплаты внешних консультативных и лечебно-диагностических амбулаторных медицинских услуг, плановой стационарной помощи и стационарозамещающей помощи, после удержания СМО суммы экономии при оплате предъявленного счета, Фондом осуществляется перерасчет суммы экономии, подлежащей удержанию, который доводится в письменном виде до СМО и МО-фондодержателей.

В случае превышения сумм, принятых к оплате СМО за внешние медицинские амбулаторные услуги и за оказание плановой стационарной и стационарозамещающей помощи, над суммой на оплату амбулаторной помощи за отчетный период СМО удерживает сумму данного превышения со счета по другому виду помощи либо со счета за следующий отчетный период. СМО отражает данные удержания (уменьшения) в отчетных формах, утвержденных приказом Фонда.

42. За достижение целевых значений доступности и качества медицинской помощи МО-фондодержателям ежеквартально перечисляются дополнительные средства.

Общий размер дополнительных стимулирующих средств МО-фондодержателям определяется в зависимости от запланированного Комиссией по разработке территориальной Программы ОМС в Томской области размера средств на указанные цели с учетом фактического исполнения бюджета Фонда, в размере, устанавливаемом Комиссией по разработке территориальной Программы ОМС в Томской области за присвоение максимально возможного суммарного количества баллов за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи в квартале.

Размер дополнительных стимулирующих средств, предназначенных конкретной МО-фондодержателю, и целевые значения доступности и качества медицинской помощи МО-фондодержателей устанавливаются решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Томской области.

Оценка выполнения целевых значений доступности и качества медицинской помощи МО-фондодержателями производится в соответствии с порядком, определяемым Комиссией по разработке территориальной программы ОМС в Томской области.

Результаты оценки представляются на заседание рабочей группы Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Томской области для подготовки проекта решения Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Томской области об установлении размера дополнительных стимулирующих средств конкретной МО-фондодержателю.

Перечисление дополнительных стимулирующих средств МО-фондодержателям осуществляется СМО на основании утвержденного Тарифным соглашением дополнительного размера подушевого норматива финансирования МО-фондодержателя на 1-го прикрепленного застрахованного гражданина.

Средства, полученные МО-фондодержателями, могут использоваться на оплату расходов, включенных в структуру тарифов на медицинскую помощь в сфере обязательного медицинского страхования, согласно областной Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на территории Томской области на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов.

3. Способы оплаты медицинской помощи по видам, не включенным в систему взаиморасчетов по фондодержанию

Способы оплаты амбулаторной медицинской помощи по видам, не включенным в систему взаиморасчетов по фондодержанию

43. СМО ежемесячно перечисляют медицинской организации аванс в размере, порядке и сроки, установленные Договором.

При расчете размера аванса среднемесячный объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи по ОМС, определяется исходя из суммы оплаты медицинской помощи по ОМС за последние 3 месяца, предшествующие отчетному периоду. (Например, среднемесячный объем средств для расчета аванса на май рассчитывается исходя из суммы оплаты медицинской помощи за январь – март).

44. Окончательный расчет за амбулаторную медицинскую помощь отчетного периода производится СМО с учетом выплаченного аванса путем оплаты счетов, предъявленных медицинской организацией, в размере, порядке и сроки, установленные Договором.

Счета предъявляются в СМО на оплату в порядке и сроки, установленные Договором, Правилами и Методическими указаниями.

45. Амбулаторная медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями (поликлиническими отделениями медицинских организаций), имеющими прикрепленных граждан и не участвующими в расчетах по фондодержанию, оплачивается ежемесячно по дифференцированному подушевому нормативу, утвержденному Тарифным соглашением, за каждого прикрепленного застрахованного гражданина в пределах объемов и соответствующей им стоимости амбулаторной медицинской помощи по областной Программе ОМС, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Томской области в разрезе каждой СМО, в соответствии с Договором.

Медицинские организации, имеющие прикрепленных граждан (стоматологические поликлиники, женские консультации, кабинеты приема врача-акушера-гинеколога), ежемесячно формируют счет для оплаты медицинской помощи в соответствии с количеством прикрепленных застрахованных граждан по каждой СМО и дифференцированным подушевым нормативом финансирования.

46. Оплата амбулаторной медицинской помощи, оказанной медицинским кабинетом ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница», акушерами-гинекологами (гинекологами) ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница» и ОГБУЗ «Областная детская больница», осуществляется СМО за фактическое количество посещений на основании счетов, в пределах объемов и соответствующей им стоимости амбулаторной медицинской помощи по территориальной Программе ОМС, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Томской области в разрезе каждой СМО, в соответствии с Договором.

47. Оплата отдельных диагностических, лечебных и (или) лечебно-диагностических амбулаторных услуг, перечень которых определяется Тарифным соглашением, а также амбулаторной медицинской помощи, оказанной врачами-специалистами поликлинических отделений ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, АНО «НИИ микрохирургии», ОГБУЗ «Томский областной онкологический диспансер», ОГАУЗ «Областной перинатальный центр», иными медицинскими организациями, осуществляется СМО путем ежемесячной оплаты фактического количества медицинских услуг на основании счетов, в пределах объемов и соответствующей им стоимости амбулаторной медицинской помощи по областной Программе ОМС, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Томской области, в разрезе каждой СМО, в соответствии с Договором.

48. Оплата амбулаторной медицинской помощи, оказываемой в приемных отделениях (приемных покоях) стационаров пациентам, госпитализация которых не состоялась, в травматологических пунктах, а также в ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника» и Стоматологическом лечебно-образовательном центре (структурном подразделении ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России), осуществляется путем оплаты фактического количества посещений на основании счетов в пределах объемов и соответствующей им стоимости амбулаторной медицинской помощи по территориальной Программе ОМС, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Томской области в разрезе каждой СМО, в соответствии с Договором.

49. Оплата экстренной амбулаторной медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепленных к ней граждан и не участвующей в системе взаиморасчетов по фондодержанию (стоматологические поликлиники, женские консультации), застрахованным гражданам, прикрепленным для оказания помощи к другим медицинским организациям и которые по состоянию здоровья или по эпидемиологическим показаниям не могут получить медицинскую помощь по месту прикрепления, производится дополнительно за фактическое количество посещений.

Медицинская организация, оказавшая экстренную помощь неприкрепленным гражданам, формирует счет и реестр счетов и в течение 5 рабочих дней направляет его в СМО. Формирование реестра счетов производится на основании стоимости посещения, утвержденной Тарифным соглашением для оплаты амбулаторной помощи, оказываемой гражданам Российской Федерации, застрахованным за пределами Томской области.

На основании полученного счета и реестра счетов СМО оплачивает указанный вид помощи в пределах объемов и соответствующей им стоимости амбулаторной медицинской помощи по областной Программе ОМС, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Томской области в разрезе каждой СМО, в соответствии с Договором, за счет финансовых средств отчетного периода тех медицинских организаций, к которым прикреплены застрахованные граждане на момент оказания помощи, с обязательным уведомлением этих медицинских организаций о сумме оплаты и предоставлением копии реестра счетов.

50. Оплата экстренной стоматологической медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, не имеющими прикрепленных граждан, производится за фактическое количество посещений.

Медицинская организация, оказавшая экстренную помощь неприкрепленным гражданам, формирует счет и реестр счетов и в течение 5 рабочих дней направляет его в СМО. Формирование реестра счетов производится на основании стоимости посещения, утвержденной Тарифным соглашением для данных медицинских организаций.

На основании полученного счета и реестра счетов СМО оплачивает указанный вид помощи за счет финансовых средств отчетного периода тех медицинских организаций, к которым прикреплены застрахованные граждане на момент оказания помощи, в пределах объемов и соответствующей им стоимости амбулаторной медицинской помощи по областной Программе ОМС, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Томской области в разрезе каждой СМО, в соответствии с Договором, с обязательным уведомлением этих медицинских организаций о сумме оплаты и предоставлением копии реестра счетов.

В случае установления факта оказания плановой стоматологической помощи медицинской организацией, не имеющей прикрепленных граждан, в результате проведенной СМО экспертизы качества медицинской помощи, СМО удерживает необоснованно полученные данной медицинской организацией средства с оплаты очередного счета, предъявленного медицинской организацией, не имеющей прикрепленных граждан, с одновременным восстановлением ранее удержанных средств со счета медицинской организации, к которым были прикреплены застрахованные граждане на момент оказания помощи.

51. Оплата экстренной амбулаторной медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным СМО, осуществляющим ОМС на территории Томской области, зарегистрированным по месту проживания на территории других субъектов РФ и не прикрепленным к медицинским организациям Томской области, производится за фактическое количество посещений.

Медицинская организация, оказавшая экстренную помощь неприкрепленным пациентам, формирует счет и реестр счетов и в течение 5 рабочих дней направляет его в СМО. Формирование реестра счетов производится на основании стоимости посещения, утвержденной Тарифным соглашением для оплаты амбулаторной медицинской помощи, оказываемой гражданам Российской Федерации, застрахованным за пределами Томской области.

52. Оплата законченных случаев первичного и повторного обращений в Центры здоровья, Центры здоровья для детей производится за фактическое количество законченных случаев по тарифам, установленным Тарифным соглашением, согласно счетам и реестру счетов в пределах объемов и соответствующей им стоимости амбулаторной медицинской помощи по территориальной Программе ОМС, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Томской области, в разрезе каждой СМО, в соответствии с Договором.

Законченный случай первичного обращения в Центр здоровья принимается к оплате при условии оказания гражданину всех видов медицинской помощи, указанных в пункте 2 Способов оплаты. Законченный случай первичного обращения в Центр здоровья для детей принимается к оплате при условии оказания ребенку (подростку) всех видов медицинской помощи, указанных в пункте 3 Способов оплаты. Законченный случай повторного обращения в Центр здоровья, Центр здоровья для детей принимается к оплате не ранее чем через месяц с даты законченного случая первичного обращения в Центр здоровья, Центр здоровья для детей в отношении одного и того же гражданина, ребенка (подростка).

52.1. Оплата законченных случаев оказания медицинской помощи ООО «Сантэ» производится за фактическое количество законченных случаев по тарифам, установленным Тарифным соглашением, согласно счетам и реестру счетов в пределах объемов и соответствующей им стоимости амбулаторной медицинской помощи по территориальной Программе ОМС, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в разрезе каждой СМО, в соответствии с Договором.

Законченный случай оказания медицинской помощи ООО «Сантэ» принимается к оплате при условии оказания гражданину всех видов медицинской помощи, указанных в пункте 3.1 Спосособов оплаты.

53. Оплата расходов по проведению 1-го этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения производится за фактическое количество законченных случаев 1-го этапа диспансеризации по тарифам, установленным Тарифным соглашением, согласно счетам и реестру счетов в пределах объемов и соответствующей им стоимости амбулаторной медицинской помощи по территориальной Программе ОМС, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Томской области, в разрезе каждой СМО, в соответствии с Договором.

Законченный случай диспансеризации принимается к оплате при условии наличия заключений врачей-специалистов и проведении лабораторных и функциональных исследований в объеме, установленном порядком проведения диспансеризации граждан, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Оплата расходов по проведению 2-го этапа диспансеризации производится за фактическое количество диагностических услуг и врачебных посещений (при отсутствии врача-специалиста в медицинской организации), за исключением посещений в отделениях (кабинетах) медицинской профилактики, Центрах здоровья и женских консультациях (кабинетов врача акушера-гинеколога), по тарифам, установленным Тарифным соглашением, согласно счетам и реестру счетов в пределах объемов и соответствующей им стоимости амбулаторной медицинской помощи по территориальной Программе ОМС, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Томской области, в разрезе каждой СМО, в соответствии с Договором.

Расходы по оплате осмотра (консультации) врача-невролога, врача-хирурга, врача-проктолога, врача-офтальмолога, врача-уролога, врача-терапевта, врача общей практики, семейного врача, при наличии данных врачей-специалистов в медицинской организации, осуществляются за счет и в пределах средств, направляемых по подушевым нормативам финансирования на собственную деятельность медицинской организации.

Расходы на углубленное профилактическое консультирование индивидуальное и групповое (школа пациента) в отделении (кабинете) медицинской профилактики, при наличии данного подразделения в составе медицинской организации, осуществляются за счет и в пределах средств, направляемых медицинским организациям по подушевым нормативам финансирования на собственную деятельность медицинских организаций.

Расходы на углубленное профилактическое консультирование индивидуальное и групповое (школа пациента) в Центрах здоровья осуществляются за счет и в пределах средств, направляемых на оплату оказания медицинской помощи Центрами здоровья.

Расходы по оплате осмотра (консультации) врача-гинеколога осуществляются за счет и в пределах средств, направляемых медицинским организациям по подушевым нормативам финансирования женских консультаций (кабинетов врача акушера-гинеколога).

53.1. Оплата расходов по проведению 1-го и 2-го этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот, детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и детей, оставшихся без попечения родителей, производится за фактическое количество законченных случаев 1-го и 2-го этапа диспансеризации по тарифам, установленным Тарифным соглашением, согласно счетам и реестру счетов в пределах объемов и соответствующей им стоимости амбулаторной медицинской помощи по территориальной Программе ОМС, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Томской области, в разрезе каждой СМО, в соответствии с Договором.

Законченный случай диспансеризации принимается к оплате при условии наличия заключений врачей-специалистов и проведении лабораторных и функциональных исследований в объеме, установленном порядками проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот, детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и детей, оставшихся без попечения родителей, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

54. Финансовое обеспечение дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей), а также результатов деятельности по критериям (приоритетам) качества оказания медицинской помощи, оказываемой медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов, осуществляется ежемесячно по подушевым нормативам на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, утвержденным Тарифным соглашением, за каждого прикрепленного застрахованного гражданина, в пределах объемов и соответствующей им стоимости амбулаторной медицинской помощи по областной Программе ОМС, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Томской области, в разрезе каждой СМО, в соответствии с Договором.

СМО ежемесячно перечисляют медицинской организации аванс в размере, порядке и сроки, установленные Договором.

При расчете размера аванса среднемесячный объем средств, направляемый на оплату медицинской помощи по ОМС, определяется исходя из суммы оплаты медицинской помощи по ОМС за последние 3 месяца, предшествующие отчетному периоду. (Например, среднемесячный объем средств для расчета аванса на май рассчитывается исходя из суммы оплаты медицинской помощи за январь – март).

54.1. В целях обеспечения в 2013 году стимулирующих выплат медицинским работникам ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница», ОГБУЗ «Областная детская больница», ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника», ОГБУЗ «Томский областной онкологический диспансер» и травматологического пункта МАУЗ «Детская городская больница № 4», а с 1 апреля 2013 года – ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница» и ОГБУЗ «Областная детская больница», осуществляемых ранее в рамках повышения доступности амбулаторной медицинской помощи по региональной Программе модернизации здравоохранения Томской области на 2011 – 2012 годы, СМО ежемесячно перечисляет в указанные медицинские

организации финансовые средства по дополнительным тарифам, установленным Тарифным соглашением, за фактическое количество врачебных посещений (за исключением посещений акушеров-гинекологов (гинекологов), Центров здоровья, приемных покоев, медицинского кабинета) на основании счетов, в пределах объемов и соответствующей им стоимости амбулаторной медицинской помощи по территориальной Программе ОМС, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Томской области в разрезе каждой СМО, в соответствии с Договором.

Способы оплаты стационарной медицинской помощи, не включаемой в систему взаиморасчетов по фондодержанию

55. В систему расчетов по фондодержанию не включается экстренная стационарная помощь, оказанная всеми медицинскими организациями, и плановая стационарная медицинская помощь, в том числе:

1) плановая стационарная медицинская помощь, оказываемая по КСГ в родильных домах, ОГАУЗ «Областной перинатальный центр», случаи оказания гражданам акушерско-гинекологической помощи;

2) плановая стационарная помощь, оказываемая в отделениях хронического гемодиализа ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница»;

3) плановая стационарная медицинская помощь по КСГ, оказываемая с проведением химиотерапии в гематологическом, нефрологическом и ревматологическом отделениях ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница» при заболеваниях с кодами по МКБ-10: N03.3; N03.4; N03.5; N32; D45, D46.0 – D46.9; D47.1;

4) плановая стационарная медицинская помощь, оказываемая в отделениях ОГБУЗ «Томский областной онкологический диспансер», ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, отделении «детская онкология» ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница», медицинская помощь, оказываемая ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница» с проведением химиотерапии в гематологическом, нефрологическом и ревматологическом отделениях, при заболеваниях с кодами по МКБ-10: C81.0 – C81.9; C82.0 – C85.9; C90.0; C91 – C94, онкологическом отделении ФГБУЗ «Клиническая больница № 81» ФМБА России, случаи лечения больных со злокачественными новообразованиями в НИИ гастроэнтерологии им. Г.К.Жерлова ГБОУ ВПО СибГМУ Министерства здравоохранения Российской Федерации;

5) плановая медицинская помощь по КСГ по восстановительному лечению и реабилитации больных, осуществляемая в санаториях;

б) плановая стационарная медицинская помощь, оказываемая в отделениях всех профилей гражданам, застрахованным СМО, осуществляющими ОМС на территории Томской области, зарегистрированным по месту проживания на территории других субъектов РФ и не прикрепленным к медицинским организациям Томской области.

Единицей учета объема стационарной медицинской помощи, за исключением медицинской помощи при злокачественных новообразованиях, является законченный случай лечения по клинико-статистической группе стационара. Единицей учета объема стационарной помощи при злокачественных новообразованиях, стационарной помощи, оказываемой в отделениях ОГБУЗ «Томский областной онкологический диспансер», с 1 апреля 2013 года – стационарной помощи, оказываемой в отделениях хронического гемодиализа ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница»

и стационарной помощи, оказываемой ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН при остром инфаркте миокарда со стентированием, является законченный случай лечения в стационаре.

Установленные тарифы оказания медицинской помощи по КСГ №№ 1, 3, 4, 5, 17 учитывают расходы на оказание медицинской помощи новорожденным детям.

Установленные тарифы оказания медицинской помощи детям учитывают расходы на питание и предоставление спального места одному из родителей или иному члену семьи по усмотрению родителей, ухаживающих за ребенком в возрасте до четырех лет, а за ребенком старше данного возраста – при наличии медицинских показаний.

Стационарная помощь по видам медицинской помощи, КСГ и медицинским организациям, не включенным в систему взаиморасчетов по фондодержанию, оплачивается за фактическое количество законченных случаев по КСГ по тарифам, установленным Тарифным соглашением, согласно счетам и реестру счетов по установленной форме, в пределах объемов и соответствующей им стоимости стационарной медицинской помощи по территориальной Программе ОМС, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Томской области, в разрезе каждой СМО, в соответствии с Договором.

56. Стационарная помощь по КСГ, не включенная в систему взаиморасчетов по фондодержанию, подразделяется на хирургические КСГ (включающие операции) и терапевтические КСГ согласно перечню КСГ, установленному решением Комиссии по разработке территориальной Программы ОМС в Томской области.

Если при оказании медицинской помощи пациенту было выполнено хирургическое вмешательство, оплата осуществляется по хирургической КСГ. Отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры медицинских услуг согласно решению Комиссии по разработке территориальной Программы ОМС в Томской области.

В случае если в рамках одного случая лечения пациенту было оказано несколько хирургических вмешательств, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет более высокий коэффициент затратоемкости. Если в рамках одного законченного случая лечения в перечне хирургических вмешательств указана операция с кодом по Номенклатуре медицинских услуг А16.20.037 «Искусственное прерывание беременности (аборт)», то отнесение данного законченного случая с 1 июня 2013 года подлежит исключительно к КСГ № 11 «Искусственное прерывание беременности (аборт)».

Если при оказании медицинской помощи пациенту не выполнялось хирургическое вмешательство, оплата осуществляется по терапевтической КСГ. Отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10, группировка которых по терапевтическим КСГ определяется решением Комиссии по разработке территориальной Программы ОМС в Томской области. В случае если пациенту оказывалось оперативное лечение и коэффициент затратоемкости хирургической КСГ, к которой был отнесен данный случай, меньше коэффициента затратоемкости терапевтической КСГ, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом МКБ-10, медицинская организация вправе отнести случай лечения к терапевтической КСГ, за исключением с 1 апреля 2013 года случаев лечения, подлежащих отнесению к КСГ № 11 «Искусственное прерывание беременности (аборт)».

Если дата выписки пациента с диагнозом «злокачественное новообразование» позднее 1 января 2013 года, но ему не проводилось специфическое лечение по основному заболеванию, данный случай лечения относится:

при выполнении оперативного вмешательства – к хирургической КСГ в соответствии с кодом Номенклатуры медицинских услуг;

без оперативного вмешательства – к терапевтической КСГ в соответствии с кодом МКБ-10 осложнения основного заболевания;

без оперативного вмешательства, при отсутствии возможности отнесения к терапевтической КСГ в соответствии с кодом МКБ-10 осложнения основного заболевания – к группе КСГ № 187.

Случаи оказания медицинской помощи в стационаре с 1 января 2013 года с кодами фонового заболевания МКБ-10: P05, P07.0, P07.2, P07.3 с исходом «смерть» медицинская организация вправе отнести к КСГ согласно коду МКБ-10 фонового заболевания.

57. Объем финансового обеспечения медицинской организации, оказавшей стационарную помощь (ФОмо), определяется как сумма стоимости всех случаев оказания плановой стационарной помощи в отчетном периоде:

$$\text{ФОмо} = \Sigma \text{ССсл} \times \text{Кув}, \quad \text{где:}$$

ССсл – стоимость одного случая лечения в стационаре по КСГ.

58. Стоимость одного случая лечения в стационаре по КСГ (ССсл) определяется по формуле:

$$\text{ССсл} = \text{БС} \times \text{КЗкcg} \times \text{КТмо} \times \text{КУСмо} \times \text{КУкcg}, \quad \text{где:}$$

БС – базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи, рассчитываемая как соотношение общего объема средств, предназначенных на финансовое обеспечение стационарной медицинской помощи по КСГ, к планируемому количеству случаев госпитализации по КСГ, и утверждаемая Тарифным соглашением;

КЗкcg – коэффициент относительной затроемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, устанавливаемый Тарифным соглашением;

КТмо – коэффициент территориальной дифференциации медицинской организации, учитывающий зависимость от месторасположения медицинской организации на территории Томской области и связанную с этим территориальную дифференциацию расходов на оказание медицинской помощи, устанавливаемый Тарифным соглашением;

КУСмо – коэффициент оказания стационарной медицинской помощи в медицинской организации, устанавливаемый Тарифным соглашением;

КУкcg – управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, устанавливаемый Тарифным соглашением.

58.1. Кув – коэффициент, учитывающий уровень выполнения планового количества койко-дней на квартал, установленного приложением № 1 к Договору, утвержденным решением Комиссии по разработке территориальной Программы ОМС в Томской области. Данный коэффициент применяется СМО при определении объема финансового обеспечения медицинской организации, начиная со 2-го квартала 2013 года.

В случае, когда фактическое количество койко-дней в квартале ниже планового количества, а фактическая стоимость стационарной помощи выше плановой

стоимости, $K_{ув} = \text{ФОплан}:\text{ФОфакт}$, где ФОплан – плановая стоимость стационарной помощи, ФОфакт – фактическая стоимость стационарной помощи.

В случае, когда фактическое количество койко-дней в квартале выше планового количества и фактическая стоимость стационарной помощи выше плановой стоимости, $K_{ув} = \text{ФОплан}:\text{ФОфакт} \cdot U_{в}$, где $U_{в}$ – уровень выполнения планового количества койко-дней.

При перевыполнении плана койко-дней до 105% включительно, $U_{в} = \text{КДфакт}:\text{КДплан}$, где:

КДфакт – фактическое количество койко-дней;

КДплан – плановое количество койко-дней.

При выполнении плана койко-дней свыше 105%, $U_{в} = 1,05 + (\text{КДфакт}:\text{КДплан} - 1,05) \cdot 0,3$.

При этом объем финансового обеспечения медицинской организации, определенный с применением коэффициента, учитывающего уровень выполнения планового количества койко-дней, не может превышать фактическую стоимость медицинской помощи.

В случае, когда фактическая стоимость стационарной помощи ниже плановой, $K_{ув}$ в расчетах не применяется.

59. СМО ежемесячно в размере, порядке и сроки, установленные Договором, перечисляют медицинской организации аванс. При расчете размера аванса среднемесячный объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи по ОМС, определяется исходя из суммы оплаты медицинской помощи по ОМС за последние 3 месяца, предшествующие отчетному периоду. (Например, среднемесячный объем средств для расчета аванса на май рассчитывается исходя из суммы оплаты медицинской помощи за январь – март).

60. Окончательный расчет за стационарную медицинскую помощь отчетного периода производится СМО с учетом выплаченного аванса путем оплаты счетов, предъявленных медицинской организацией, в размере, порядке и сроки, установленные Договором.

61. Счет и реестр счетов по установленной форме предъявляются в СМО на оплату в порядке и сроки, установленные Договором, Правилами и Методическими указаниями.

62. СМО проводит медико-экономический контроль реестров счетов в срок не позднее 7-го рабочего дня после окончания отчетного периода в соответствии с Порядком организации и проведения контроля.

63. В случае перевода пациента из одного отделения в другое до момента окончания оказания стационарной помощи, не включаемой в систему расчетов по фондодержанию, законченный случай лечения данного пациента включается в реестр по стоимости законченного случая КСГ отделения выписки.

В случае обоснованной госпитализации пациента в отделение поступления допускается включение указанного пациента в реестр счетов по стоимости законченного случая лечения как отделения выписки, так и отделения поступления. В этом случае СМО проводит экспертизу обоснованности госпитализации пациента в отделение поступления и отделение выписки.

64. Законченные случаи лечения по терапевтическим КСГ при фактической длительности госпитализации до 3-х дней включительно (преждевременная выписка больного (по семейным обстоятельствам, самовольный уход, отказ от медицинского вмешательства), летальный исход, перевод в другую медицинскую организацию)

оплачиваются в размере 40% от стоимости одного случая лечения в стационаре по КСГ (ССсл).

Способы оплаты стационарозамещающей медицинской помощи,
не включаемой в систему расчетов по фондодержанию

65. Стационарозамещающая медицинская помощь в дневных стационарах родильных домов, женских консультаций (всех типов), ОГБУЗ «Томский областной онкологический диспансер», случаи лечения больных со злокачественными новообразованиями в дневном стационаре ФГБУЗ «Клиническая больница № 81» ФМБА России, вспомогательные репродуктивные технологии (экстракорпоральное оплодотворение), не включенные в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, проводимые в условиях дневного стационара ОГАУЗ «Областной перинатальный центр», оплачиваются за фактическое количество законченных случаев лечения в пределах объемов и соответствующей им стоимости стационарной медицинской помощи по территориальной Программе ОМС, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Томской области, в разрезе каждой СМО, в соответствии с Договором.

66. Счет и реестр счетов предъявляются медицинской организацией в СМО в порядке и сроки, установленные Договором, Правилами и Методическими указаниями.

67. СМО проводит медико-экономический контроль реестров счетов в срок не позднее 7-го рабочего дня после окончания отчетного периода в соответствии с Порядком организации и проведения контроля.

68. СМО ежемесячно в размере, порядке и сроки, установленные Договором, перечисляют медицинской организации аванс. При расчете размера аванса среднемесячный объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи по ОМС, определяется исходя из суммы оплаты медицинской помощи по ОМС за последние 3 месяца, предшествующие отчетному периоду. (Например, среднемесячный объем средств для расчета аванса на май рассчитывается исходя из суммы оплаты медицинской помощи за январь – март).

69. Окончательный расчет за стационарозамещающую медицинскую помощь отчетного периода производится СМО с учетом выплаченного аванса путем оплаты счетов, предъявленных медицинской организацией, в размере, порядке и сроки, установленные Договором.

Способы оплаты скорой медицинской помощи

70. Скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), оказываемая на догоспитальном этапе станцией скорой медицинской помощи или отделениями скорой медицинской помощи в составе медицинских организаций (за исключением отделения скорой медицинской помощи ФГБУЗ «Клиническая больница № 81 ФМБА России»), оплачивается ежемесячно по подушевому нормативу, утвержденному Тарифным соглашением, за каждого обслуживаемого застрахованного гражданина, в пределах объемов и соответствующей им стоимости скорой медицинской помощи по областной Программе ОМС, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Томской области, в разрезе каждой СМО, в соответствии с Договором.

71. Отчетным периодом, за который производится оплата скорой медицинской помощи, является календарный месяц.

72. Медицинские организации, обслуживающие застрахованных граждан (станция скорой медицинской помощи или медицинские организации, имеющие отделения скорой медицинской помощи), ежемесячно формируют реестр счетов и счет для оплаты медицинской помощи в соответствии с количеством обслуживаемых застрахованных граждан по каждой СМО и подушевым нормативом финансирования.

73. Фонд ежемесячно представляет медицинской организации приказ об утверждении численности застрахованного населения, обслуживаемого станцией скорой медицинской помощи или отделениями скорой медицинской помощи, входящими в состав медицинских организаций, на отчетный период в срок не позднее 5-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным.

74. СМО проводит медико-экономический контроль реестров счетов в срок не позднее 7-го рабочего дня после окончания отчетного периода в соответствии с Порядком организации и проведения контроля.

75. СМО ежемесячно перечисляют медицинской организации аванс в размере, порядке и сроки, установленные Договором.

При расчете размера аванса среднемесячный объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи по ОМС, определяется исходя из суммы оплаты медицинской помощи по ОМС за последние 3 месяца, предшествующие отчетному периоду. (Например, среднемесячный объем средств для расчета аванса на май рассчитывается исходя из суммы оплаты медицинской помощи за январь – март).

76. Окончательный расчет за скорую медицинскую помощь отчетного периода производится СМО с учетом выплаченного аванса путем оплаты счетов, предъявленных медицинской организацией, в размере, порядке и сроки, установленные Договором, Правилами и Методическими указаниями.

77. Финансовое обеспечение результатов деятельности по критериям (приоритетам) качества оказания медицинской помощи, оказываемой врачами, фельдшерами (акушерками) и медицинскими сестрами МАУЗ «Станция скорой медицинской помощи» и подразделениями скорой медицинской помощи в медицинских организациях, осуществляется ежемесячно по подушевому нормативу на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, утвержденному Тарифным соглашением, за каждого обслуживаемого застрахованного гражданина, в пределах объемов и соответствующей им стоимости скорой медицинской помощи по областной Программе ОМС, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Томской области, в разрезе каждой СМО, в соответствии с Договором.

СМО ежемесячно перечисляют медицинской организации аванс в размере, порядке и сроки, установленные Договором.

При расчете размера аванса среднемесячный объем средств, направляемый на оплату медицинской помощи по ОМС, определяется исходя из суммы оплаты медицинской помощи по ОМС за последние 3 месяца, предшествующие отчетному периоду. (Например, среднемесячный объем средств для расчета аванса на май рассчитывается исходя из суммы оплаты медицинской помощи за январь – март).

4. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС

78. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС, осуществляется Фондом в соответствии с Правилами следующими способами:

оплата стационарной медицинской помощи (за исключением злокачественных новообразований) производится за фактическое количество законченных случаев по клинко-статистическим группам по тарифам, установленным Тарифным соглашением;

оплата стационарной медицинской помощи, оказанной пациентам со злокачественными новообразованиями, производится за фактическое количество законченных случаев в стационаре по тарифам, установленным Тарифным соглашением;

оплата амбулаторной медицинской помощи производится за фактическое количество врачебных посещений по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением;

оплата диспансеризации производится за фактическое количество законченных случаев, диагностических услуг и врачебных посещений;

оплата стационарозамещающей медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах всех типов, включая вспомогательные репродуктивные технологии (экстракорпоральное оплодотворение), не включенные в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, проводимые в условиях дневного стационара ОГАУЗ «Областной перинатальный центр», производится за фактическое количество законченных случаев лечения по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением;

оплата скорой медицинской помощи производится за фактическое количество выполненных вызовов по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением.



Приложение № 1
к Способам оплаты медицинской помощи
в сфере обязательного медицинского
страхования на территории Томской
области

Главному врачу МО-исполнителя

Директору СМО

Исх. № _____ от _____

Письмо-отказ в оплате реестра счетов за оказанные внешние медицинские услуги
медицинской организацией – исполнителем

За период с _____ по _____

Медицинская организация – фондодержатель _____
не подтверждает оплату внешних медицинских услуг:

Амбулаторная медицинская помощь (указать причину) _____

Пофамильная выписка в виде копии из реестра МО-исполнителя в электронном
виде прилагается.

Плановая стационарная медицинская помощь (указать причину отказа) _____

Пофамильная выписка в виде копии из реестра МО-исполнителя в электронном
виде прилагается.

Стационарозамещающая медицинская помощь (указать причину) _____

Пофамильная выписка в виде копии из реестра МО-исполнителя в электронном
виде прилагается.

Главный врач _____

(Ф.И.О.)

Приложение № 2
к Способам оплаты медицинской помощи
в сфере обязательного медицинского
страхования на территории Томской
области

УТВЕРЖДАЮ

Директор СМО _____
(Ф.И.О.)

М.П.

Сводный отчет медицинской организации – фондодержателя

(Наименование)

За период с _____ по _____

Наименование медицинской организации- исполнителя	Сумма, предъявленная к оплате согласно реестру счетов, за оказанные внешние медицинские услуги МО- исполнителем (руб.)	Удержано из предъявленной суммы на основании акта медико-экономической экспертизы СМО, проведенной на основании письма- отказа МО-фондодержателя (руб.)	Сумма, принятая СМО к оплате за внешние медицинские услуги МО- исполнителей по видам (руб.)	Сумма экономии, подлежащая удержанию с оплаты счета (руб.)
Итого по медицинской организации-фондодержателю (Скду)				
Итого по медицинской организации-фондодержателю (Сст)				
Итого по медицинской организации-фондодержателю (Сдс)				

Исполнил _____
(Ф.И.О.)

Дата _____