

В рамках Территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств ОМС осуществляется финансовое обеспечение проведения осмотров врачами и диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей, медицинского обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также проведения обязательных диагностических исследований и оказания медицинской помощи гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные образовательные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении с Министерством обороны Российской Федерации договора об обучении на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки офицеров запаса, программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной или приравненной к ней службе.

Транспортировка пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места фактического проживания до места получения медицинской помощи методом заместительной почечной терапии и обратно осуществляется за счет средств бюджета Тюменской области в рамках постановления Правительства Тюменской области от 05.07.2005 N 95-п "О мерах социальной поддержки, осуществляемых путем возмещения расходов на оплату проезда на городском транспорте, автомобильном транспорте пригородного и междугороднего сообщения, а также железнодорожном транспорте" (в редакции постановления Правительства Тюменской области от 03.02.2016 N 29-п).

VI. Нормативы объема медицинской помощи

Нормативы объема медицинской помощи по ее видам в целом по Территориальной программе определены в единицах объема, рассчитанных на 1 жителя в год, исходя из численности постоянного населения в 2019 году – 1 521 500 человек, в 2020 году – 1 540 700 человек, в 2021 году – 1 558 800 человека; по Территориальной программе ОМС в 2019 - 2021 годах - в расчете на 1 застрахованное лицо, исходя из численности населения, застрахованного по ОМС по состоянию на 1 января 2018 года, - 1 508 586 человек с учетом этапов оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

Нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера средних подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных Территориальной программой, и составляют:

для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, на 2019 год в рамках базовой программы

ОМС - 0,300 вызова на 1 застрахованное лицо, за счет средств бюджета Тюменской области – 0,011 вызова на 1 жителя, в том числе передаваемых межбюджетным трансфертом в территориальный фонд ОМС Тюменской области - 0,006 вызова на 1 застрахованное лицо, за счет консолидированного бюджета Тюменской области – 0,0048 вызова на 1 жителя;

в том числе с учетом этапов оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи:

для медицинских организаций I уровня - в рамках базовой программы ОМС – 0,201 на 1 застрахованное лицо; в рамках программы ОМС, превышающей базовую – 0,003 на 1 застрахованное лицо; за счет средств консолидированного бюджета Тюменской области – 0,003 на 1 жителя;

для медицинских организаций II уровня - в рамках базовой программы ОМС – 0,042 на 1 застрахованное лицо; в рамках программы ОМС, превышающей базовую – 0,001 на 1 застрахованное лицо; за счет средств консолидированного бюджета Тюменской области – 0,001 на 1 жителя;

для медицинских организаций III уровня - в рамках базовой программы ОМС – 0,057 на 1 застрахованное лицо; в рамках программы ОМС, превышающей базовую – 0,003 на 1 застрахованное лицо; за счет средств бюджета Тюменской области – 0,001 на 1 жителя;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала, а также разовые посещения в связи с заболеваниями, в том числе при заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстей, за исключением зубного протезирования), на 2019 год в рамках базовой программы ОМС - 3,05 посещения на 1 застрахованное лицо; в том числе для профилактических мероприятий на 2019 год – 0,96 посещения на 1 застрахованное лицо; за счет средств бюджета Тюменской области - 0,66 посещения на 1 жителя, в том числе передаваемых межбюджетным трансфертом в территориальный фонд ОМС Тюменской области, - 0,61 посещения на 1 застрахованное лицо, за счет консолидированного бюджета Тюменской области – 0,06 посещения на 1 жителя, в том числе с учетом этапов оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи:

для медицинских организаций I уровня - в рамках базовой программы ОМС – 1,66 на 1 застрахованное лицо, в том числе для профилактических мероприятий – 0,58 посещения на 1 застрахованное лицо, в рамках программы ОМС, превышающей базовую – 0,108 на 1 застрахованное лицо; за счет средств бюджета Тюменской области – 0,02 на 1 жителя;

для медицинских организаций II уровня - в рамках базовой программы ОМС – 0,50 на 1 застрахованное лицо, в том числе для профилактических мероприятий – 0,17 посещения на 1 застрахованное лицо, в рамках программы ОМС, превышающей базовую – 0,283 на 1 застрахованное лицо; за счет средств бюджета Тюменской области – 0,02 на 1 жителя;

для медицинских организаций III уровня - в рамках базовой программы ОМС – 0,89 на 1 застрахованное лицо, в том числе для профилактических мероприятий – 0,24 посещения на 1 застрахованное лицо, в рамках программы ОМС, превышающей базовую – 0,210 на 1 застрахованное лицо; за счет средств бюджета Тюменской области – 0,02 на 1 жителя;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, на 2019 год в рамках базовой программы ОМС - 1,77 обращения (законченного случая лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2) на 1 застрахованное лицо, за счет средств бюджета Тюменской области - 0,13 обращения на 1 жителя, в том числе передаваемых межбюджетным трансфертом в территориальный фонд ОМС Тюменской области, 0,12 обращения на 1 застрахованное лицо, за счет консолидированного бюджета Тюменской области – 0,01 обращения на 1 жителя, в том числе с учетом этапов оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи;

для медицинских организаций I уровня - в рамках базовой программы ОМС – 0,99 на 1 застрахованное лицо, в рамках программы ОМС, превышающей базовую – 0,035 на 1 застрахованное лицо; за счет средств бюджета Тюменской области – 0,003 на 1 жителя;

для медицинских организаций II уровня - в рамках базовой программы ОМС – 0,23 на 1 застрахованное лицо, в рамках программы ОМС, превышающей базовую – 0,032 на 1 застрахованное лицо; за счет средств бюджета Тюменской области – 0,004 на 1 жителя;

для медицинских организаций III уровня - в рамках базовой программы ОМС – 0,55 на 1 застрахованное лицо, в рамках программы ОМС, превышающей базовую – 0,052 на 1 застрахованное лицо; за счет средств бюджета Тюменской области – 0,003 на 1 жителя;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, на 2019 год в рамках базовой программы ОМС - 0,56 посещения на 1 застрахованное лицо, в том числе с учетом этапов оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи:

для медицинских организаций I уровня - в рамках базовой программы ОМС – 0,35 на 1 застрахованное лицо;

для медицинских организаций II уровня - в рамках базовой программы ОМС – 0,08 на 1 застрахованное лицо;

для медицинских организаций III уровня - в рамках базовой программы ОМС – 0,13 на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в условиях дневных стационаров на 2019 год в рамках базовой программы ОМС - 0,063 случая лечения на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинской помощи по профилю «онкология» - 0,00631 случая лечения на 1 застрахованное лицо; за счет средств бюджета Тюменской области на 2019 год - 0,004 случая лечения на 1 жителя, в том числе передаваемых межбюджетным трансфертом в территориальный фонд ОМС Тюменской области, - 0,003 случая лечения на 1 застрахованное лицо, за счет консолидированного бюджета Тюменской области – 0,001 случая лечения на 1 жителя, в том числе с учетом этапов оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи:

для медицинских организаций I уровня - в рамках базовой программы ОМС – 0,026 на 1 застрахованное лицо, в рамках программы ОМС, превышающей базовую – 0,001 на 1 застрахованное лицо;

для медицинских организаций II уровня - в рамках базовой программы ОМС – 0,015 на 1 застрахованное лицо, в рамках программы ОМС,

превышающей базовую – 0,001 на 1 застрахованное лицо; за счет средств бюджета Тюменской области – 0,001 на 1 жителя;

для медицинских организаций III уровня - в рамках базовой программы ОМС – 0,024 на 1 застрахованное лицо, в рамках программы ОМС, превышающей базовую – 0,001 на 1 застрахованное лицо;

Нормативы медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении составляют: на 2019 год – 0,000597 случая на 1 застрахованное лицо, на 2020 – 0,000492 случая, на 2021 год – 0,000506 случая.

для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях на 2019 год в рамках базовой программы ОМС - 0,17443 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинской помощи по профилю «онкология» - 0,0091 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо; за счет средств бюджета Тюменской области на 2019 год - 0,0131 случая госпитализации на 1 жителя, в том числе передаваемых межбюджетным трансфертом в территориальный фонд ОМС Тюменской области, - 0,0073 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, за счет консолидированного бюджета Тюменской области – 0,0059 случая госпитализации на 1 жителя, в том числе с учетом этапов оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи:

для медицинских организаций I уровня - в рамках базовой программы ОМС – 0,0232 на 1 застрахованное лицо, в рамках программы ОМС, превышающей базовую – 0,0004 на 1 застрахованное лицо; за счет средств бюджета Тюменской области 0,0007 на 1 жителя;

для медицинских организаций II уровня - в рамках базовой программы ОМС – 0,0446 на 1 застрахованное лицо, в рамках программы ОМС, превышающей базовую – 0,0029 на 1 застрахованное лицо; за счет средств бюджета Тюменской области – 0,0051 на 1 жителя;

для медицинских организаций III уровня - в рамках базовой программы ОМС – 0,1066 на 1 застрахованное лицо, в рамках программы ОМС, превышающей базовую – 0,0020 на 1 застрахованное лицо; за счет средств бюджета Тюменской области – 0,0029 на 1 жителя;

медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях медицинских организаций в рамках базовой программы ОМС - 0,004 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, (в том числе не менее 25 % для медицинской реабилитации детей в возрасте 0 - 17 лет с учетом реальной потребности) в том числе с учетом этапов оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи:

для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях (включая хосписы и больницы сестринского ухода), за счет средств бюджета Тюменской области, передаваемых межбюджетным трансфертом в территориальный фонд ОМС Тюменской области, - 0,092 койко-дня на 1 застрахованное лицо, в том числе с учетом этапов оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи:

для медицинских организаций I уровня – 0,037 койко-дня на 1 застрахованное лицо;

для медицинских организаций II уровня – 0,027 койко-дня на 1 застрахованное лицо;

для медицинских организаций III уровня – 0,028 койко-дня на 1 застрахованное лицо.

Нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера средних подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных Территориальной программой, и составляют на 2020 и 2021 годы:

для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, в рамках базовой программы ОМС - 0,29 вызова на 1 застрахованное лицо; за счет средств бюджета Тюменской области – 0,011 вызова на 1 жителя, в том числе передаваемых межбюджетным трансфертом в территориальный фонд ОМС Тюменской области - 0,006 вызова на 1 застрахованное лицо, за счет консолидированного бюджета Тюменской области – 0,0047 вызова на 1 жителя.

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала, а также разовые посещения в связи с заболеваниями, в том числе при заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстей, за исключением зубного протезирования), - в рамках базовой программы ОМС на 2020 год – 3,05 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2021 год – 3,05 посещения на 1 застрахованное лицо; в том числе для профилактических мероприятий на 2020 год - 0,96 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2021 год - 0,96 посещения на 1 застрахованное лицо; за счет средств бюджета Тюменской области - 0,66 посещения на 1 жителя, в том числе передаваемых межбюджетным трансфертом в территориальный фонд ОМС Тюменской области на 2020 год - 0,61 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2021 год – 0,62 посещения на 1 застрахованное лицо, за счет консолидированного бюджета Тюменской области – 0,06 посещения на 1 жителя.

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, в рамках базовой программы ОМС - 1,77 обращения (законченного случая лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2) на 1 застрахованное лицо, за счет средств бюджета Тюменской области - 0,13 обращения на 1 жителя, в том числе передаваемых межбюджетным трансфертом в территориальный фонд ОМС Тюменской области на 2020 год - 0,118 обращения на 1 застрахованное лицо, на 2021 год – 0,120 обращения на 1 застрахованное лицо, за счет консолидированного бюджета Тюменской области – 0,014 обращения на 1 жителя.

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках базовой программы ОМС на 2020 и 2021 годы - 0,54 посещения на 1 застрахованное лицо.

для медицинской помощи в условиях дневных стационаров в рамках базовой программы ОМС - 0,063 случая лечения на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинской помощи по профилю «онкология» на 2020 год - 0,0065 случая лечения на 1 застрахованное лицо, на 2021 год - 0,00668 случая лечения на 1 застрахованное лицо; за счет средств бюджета Тюменской области - 0,004 случая лечения на 1 жителя, в том числе

передаваемых межбюджетным трансфертом в территориальный фонд ОМС Тюменской области, - 0,003 случая лечения на 1 застрахованное лицо, за счет консолидированного бюджета Тюменской области – 0,001 случая лечения на 1 жителя.

Нормативы медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении составляют: на 2020 год – 0,000597 случая на 1 застрахованное лицо, на 2021 год – 0,000597 случая на 1 застрахованное лицо.

для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в рамках базовой программы ОМС на 2020 год - 0,17557 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2021 год - 0,1761 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинской помощи по профилю «онкология» на 2020 год - 0,01023 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2021 год - 0,01076 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо; за счет средств бюджета Тюменской области - 0,0131 случая госпитализации на 1 жителя, в том числе передаваемых межбюджетным трансфертом в территориальный фонд ОМС Тюменской области на 2020 год - 0,0068 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, на 2021 год – 0,0062 случая на 1 застрахованное лицо, за счет консолидированного бюджета Тюменской области на 2020 год – 0,0065 случая госпитализации на 1 жителя, на 2021 год – 0,0071 случая на 1 жителя;

медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях медицинских организаций в рамках базовой программы ОМС - 0,005 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо (в том числе не менее 25 % для медицинской реабилитации детей в возрасте 0 - 17 лет с учетом реальной потребности);

для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях (включая хосписы и больницы сестринского ухода), за счет средств бюджета Тюменской области, передаваемых межбюджетным трансфертом в территориальный фонд ОМС Тюменской области, - 0,092 койко-дня на 1 застрахованное лицо.

Объем медицинской помощи в экстренной или неотложной форме вне медицинских организаций, а также в амбулаторных и стационарных условиях не застрахованным по ОМС лицам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, входящий в базовую программу ОМС, включается в средние нормативы объема медицинской помощи.

VII. Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования, способы оплаты медицинской помощи, порядок формирования и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи Территориальной программы на 2019 год составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств бюджета Тюменской области – 7 920,41 рубля, в том числе за счет средств бюджета

Тюменской области, передаваемых межбюджетным трансфертом в ТФОМС Тюменской области в рамках сверхбазовой программы ОМС, - 11 201,19 рубля, за счет средств консолидированного бюджета Тюменской области – 3 875,60 рубля; за счет средств ОМС – 2 658,65 рубля;

на 1 посещение с профилактическими и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств бюджета Тюменской области – 510,56 рубля, в том числе за счет средств консолидированного бюджета Тюменской области – 715,33 рубля; за счет средств бюджета Тюменской области, передаваемых межбюджетным трансфертом в ТФОМС Тюменской области в рамках сверхбазовой программы ОМС, - 490,28 рубля; за счет средств обязательного медицинского страхования – 567,46 рубля; на 1 посещение, связанное с профилактическими мероприятиями за счет средств ОМС - 1 146,65 рубля;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств бюджета Тюменской области – 1 421,63 рубля, в том числе за счет средств консолидированного бюджета Тюменской области – 1 422,76 рубля; за счет средств бюджета Тюменской области, передаваемых межбюджетным трансфертом в ТФОМС Тюменской области в рамках сверхбазовой программы ОМС, - 1 435,19 рубля; за счет средств ОМС – 1 481,75 рубля;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств ОМС – 677,76 рубля;

на 1 случай лечения в условиях дневных стационаров за счет средств бюджета Тюменской области – 14 844,55 рубля, в том числе за счет средств консолидированного бюджета Тюменской области – 15 751,61 рубля; за счет средств бюджета Тюменской области, передаваемых межбюджетным трансфертом в ТФОМС Тюменской области в рамках сверхбазовой программы ОМС, - 14 521,04 рубля; за счет средств ОМС – 21 654,25 рубля, на 1 случай лечения по профилю "онкология" за счет средств обязательного медицинского страхования – 78 562,89 рубля;

на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств бюджета Тюменской области – 105 375,97 рубля, в том числе за счет средств консолидированного бюджета Тюменской области – 134 038,0 рубля; за счет средств бюджета Тюменской области, передаваемых межбюджетным трансфертом в ТФОМС Тюменской области в рамках сверхбазовой программы ОМС, - 81 909,28 рубля; за счет средств ОМС – 36 241,31 рубля, на 1 случай госпитализации по профилю "онкология" за счет средств обязательного медицинского страхования – 85 376,56 рубля;

на 1 случай госпитализации по медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях медицинских организаций за счет средств ОМС – 38 864,45 рубля;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая хосписы и больницы сестринского ухода), за счет средств бюджета Тюменской области – 2 251,49 рубля.

Средние нормативы финансовых затрат на 1 случай экстракорпорального оплодотворения составляют на 2019 год — 126 779,05 рубля, на 2020 год — 133 116,19 рубля, на 2021 год — 140 217,33 рубля.

Подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Территориальной программой (без учета расходов федерального бюджета), составляют:

за счет средств ОМС на финансирование базовой программы ОМС за счет субвенций Федерального фонда ОМС (в расчете на 1 застрахованное лицо) в 2019 году – 12 914,16 рубля; за счет средств бюджета Тюменской области в 2019 году – 8 369,2 рубля.

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой, на 2020 и 2021 годы составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств бюджета Тюменской области – 7 920,41 рубля на 2020 год, 7 749,38 рубля на 2021 год; за счет средств ОМС – 2 792,84 рубля на 2020 год, 2 929,4 рубля на 2021 год;

на 1 посещение с профилактической и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств бюджета Тюменской области – 525,45 рубля на 2020 год, 543,64 рубля на 2021 год; за счет средств обязательного медицинского страхования – 603,47 рубля на 2020 год; 631,47 рубля на 2021 год; на 1 посещение, связанное с профилактическими мероприятиями за счет средств обязательного медицинского страхования – 1 211,28 рубля на 2020 год и 1 275,91 рубля на 2021 год;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств бюджета Тюменской области – 1 475,62 рубля на 2020 год, 1 534,72 рубля на 2021 год; за счет средств ОМС – 1 549,66 рубля на 2020 год, 1 623,55 рубля на 2021 год;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств ОМС – 701,21 рубля на 2020 год, 743,95 рубля на 2021 год;

на 1 случай лечения в условиях дневных стационаров за счет средств бюджета Тюменской области – 15 071,36 рубля на 2020 год, 15 674,27 рубля на 2021 год; за счет средств ОМС – 22 696,78 рубля на 2020 год и 24 087,12 рубля на 2021 год; на 1 случай лечения по профилю "онкология" за счет средств ОМС – 83 885,96 рублей на 2020 год и 87 858,98 рублей на 2021 год;

на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств бюджета Тюменской области – 102 600,46 рубля на 2020 год, 98 707,29 рубля на 2021 год; за счет средств ОМС – 39 845,79 рубля на 2020 год, 42 950,12 рубля на 2021 год; на 1 случай госпитализации по профилю "онкология" за счет средств ОМС – 111 278,27 рубля на 2020 год и 124 055,43 рубля на 2021 год;

на 1 случай госпитализации по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях медицинских организаций за счет средств ОМС – 39 473,72 рубля на 2020 год; 40 194,89 рубля на 2021 год;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая хосписы и больницы сестринского ухода), за счет средств бюджета Тюменской области – 2 337,08 рубля на 2020 год, 2 430,57 рубля на 2021 год.

Подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Территориальной программой (без учета расходов федерального бюджета), составляют:

за счет бюджетных ассигнований бюджета Тюменской области в 2020 году – 7 713,94 рубля; в 2021 году – 7 650,78 рубля;

за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы ОМС за счет субвенций Федерального фонда ОМС (в расчете на 1 застрахованное лицо) в 2020 году – 13 911,59 рубля, в 2021 году – 14 840,25 рубля.

Территориальная программа ОМС реализуется исходя из тарифов, определяемых тарифным соглашением, разработанным в соответствии с требованиями, установленными приказом Федерального фонда ОМС от 18.11.2014 N 200 "Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения".

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты (в том числе расходы на достижение целевых показателей по заработной плате медицинских работников учреждений здравоохранения в соответствии с Указами Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС устанавливаются в соответствии со статьей 30 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» тарифным соглашением между уполномоченным исполнительным органом государственной власти Тюменской области, территориальным фондом ОМС Тюменской области, представителями страховых медицинских организаций, медицинских профессиональных некоммерческих организаций, созданных в соответствии со статьей 76 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), включенными в состав Комиссии.

Формирование тарифов на медицинские услуги, оказываемые за счет средств ОМС, осуществляется Комиссией с учетом действующего законодательства и бюджета территориального фонда ОМС Тюменской области на соответствующий финансовый год.

В Тюменской области тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с принятыми в территориальной программе ОМС способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, включая денежные выплаты:

за счет средств ОМС:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

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

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

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

за счет средств бюджета Тюменской области, передаваемых бюджету территориального фонда ОМС Тюменской области:

на дополнительную компенсацию работникам государственных и муниципальных учреждений и организаций, образованных в результате реорганизации этих учреждений, расположенных в районах с дискомфортными условиями проживания, согласно статье 6 Закона Тюменской области от 08.07.2003 N 155 "О регулировании трудовых и иных непосредственно связанных с ними отношений в Тюменской области".

на дополнительные выплаты отдельным категориям медицинских работников государственных учреждений здравоохранения Тюменской области и муниципальных учреждений здравоохранения города Тюмени в соответствии с постановлением Правительства Тюменской области от 10.06.2013 N 209-п "Об осуществлении в 2013 - 2020 годах дополнительных выплат отдельным категориям медицинских работников медицинских организаций государственной системы здравоохранения Тюменской области и муниципальной системы здравоохранения города Тюмени", постановлением Правительства Тюменской области от 28.02.2008 N 63-п "Об осуществлении денежных выплат фельдшерам (акушеркам) и медицинским сестрам амбулаторий и участковых больниц, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, водителям, санитарам-водителям станций (отделений) скорой медицинской помощи в Тюменской области".

Порядок осуществления денежных выплат отдельным категориям медицинских работников определяется в соответствии с нормативными правовыми актами Тюменской области.

При реализации территориальной программы ОМС в части базовой программы ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

1) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

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

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

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

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

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

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

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

При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, может применяться способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц,

включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи).

При реализации территориальной программы ОМС в части, превышающей базовую программу ОМС, применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

1) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся (обслуживаемых) лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе по следующим заболеваниям: туберкулез, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), и синдром приобретенного иммунодефицита, инфекционные заболевания на фоне ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения у взрослых и детей, заболевания, передаваемым половым путем, а также при оказании медицинской помощи во врачебно-физкультурных диспансерах, центрах медицинской профилактики (за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в базовую программу ОМС), и при проведении мероприятий по иммунизации населения;

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

за законченный случай лечения заболевания;

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

за законченный случай лечения заболевания;

4) при оплате скорой, в том числе скорой специализированной санитарно-авиационной медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.