

Тарифное соглашение

Великий Новгород

16 февраля 2016 года

Департамент здравоохранения Новгородской области в лице руководителя Михайловой Г.В.,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новгородской области в лице директора Екимовой И.О.,
представители страховых медицинских организаций:

Новгородский филиал ОАО Страховая компания «РОСНО-МС» в лице директора Захарова А.В.,

ООО «АльфаСтрахование - ОМС» Новгородский филиал «Сибирь» в лице директора Антонова А.А.,

Новгородская областная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Смеловой Л.С.,

Совет общественной организации медицинских работников «Медицинская палата Новгородской области» в лице представителя Хорошевой А.И.,
включенные в состав комиссии, созданной распоряжением Администрации Новгородской области от 02.02.2012 № 28-рз «О создании комиссии» далее именуемые Стороны, в соответствии с

частью 2 статьи 30, частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»;

областным законом Новгородской области от 28.12.2015 № 897-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новгородской области на 2016 год»;

Постановлением Правительства Новгородской области от 19.02.2016 № 56 «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»;

приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;

приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;

приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16.08.2011 № 146 «Об утверждении форм отчетности»;

приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200 «Об установлении Требований к структуре и содер-

жанию тарифного соглашения» и другими, заключили настоящее Тарифное соглашение о нижеследующем:

1. Общие положения

Предметом настоящего Тарифного соглашения являются установленные Сторонами тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказываемой в объеме территориальной программы обязательного медицинского страхования Новгородской области медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций на 2016 год и наделенными объемами оказания медицинской помощи Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования; состав компенсируемых тарифами расходов медицинских организаций; порядок применения тарифов, и размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Список сокращений:

ТПГГ – территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи
ОМС – обязательное медицинское страхование
Программа ОМС – территориальная программа обязательного медицинского страхования
ТФОМС – территориальный фонд обязательного медицинского страхования
МО – медицинская организация
СМО – страховая медицинская организация
ССМП – станция (подстанция) скорой медицинской помощи или отделение скорой медицинской помощи, входящее в состав медицинской организации
СМП – скорая медицинская помощь
КСГ – клинико-статистическая группа болезней
КПГ – клинико-профильная группа
УЕТ – условная единица трудоемкости
ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь
МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (Десятый пересмотр)
МЭК – медико-экономический контроль
МЭЭ – медико-экономическая экспертиза
ЭКМП – экспертиза качества медицинской помощи

Основные понятия и определения, используемые в Тарифном соглашении:

Тариф на оплату медицинской помощи в системе ОМС – денежная сумма, определяющая размер возмещения и состав компенсируемых расходов

медицинским организациям за оказание медицинской помощи в рамках Программы ОМС.

Прикрепленное застрахованное лицо – лицо, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию, включенное в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц Новгородской области, прикрепленное к медицинской организации по месту жительства (пребывания), работы или по выбору застрахованного лица для оказания амбулаторной медицинской и скорой медицинской помощи в соответствии с Порядком прикрепления застрахованных лиц к медицинским организациям.

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

Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Страховой случай - совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию.

Вызов скорой медицинской помощи - незамедлительный выезд и прибытие к пациенту (на место происшествия), установление предварительного диагноза, проведение мероприятий, направленных на стабилизацию или улучшение состояния пациента и, при наличии медицинских показаний, транспортировку его в медицинскую организацию, оказывающую стационарную медицинскую помощь.

Обращение - законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (по основной врачебной специальности)

Посещение с профилактической и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) – обращения застрахованных лиц с однократным посещением, как по поводу заболевания, так и с иными целями при возникновении страхового случая к врачу специалисту и/или к среднему медицинскому персоналу.

Базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи – средний объем финансового обеспечения стационарной медицинской помощи по области, оплачиваемый по системе клинико-статистических групп (клинико-профильных групп), приходящийся на одного пролеченного пациента. Устанавливается тарифным соглашением в системе ОМС.

Клинико-статистические группы (КСГ) – группы клинически однородных случаев лечения, 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).

Клинико-профильная группа (КПГ) - группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем стационарной медицинской помощи.

В КСГ/КПГ входит выполнение пациенту комплекса диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий с оформлением медицинской карты стационарного больного и «Статистической карты выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому» (ф. № 066/у-02).

Коэффициент относительной затратоемкости по клинико-статистическим группам – коэффициент, характеризующий клинико-статистическую группу как отношение ее затратоемкости к базовой ставке финансирования. Устанавливается Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи – коэффициент, учитывающий разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи.

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

Управленческий коэффициент – коэффициент, позволяющий регулировать уровень госпитализации по клинико-статистическим группам. Устанавливается тарифным соглашением в системе ОМС. Вводится с целью мотивации МО к повышению или снижению уровня оказания стационарной медицинской помощи при заболеваниях и состояниях, входящих в данную группу или стимулированию МО к внедрению конкретных методов хирургического лечения.

Законченный случай лечения заболевания в стационарных условиях или в условиях дневного стационара – совокупность медицинских услуг, предоставленных пациенту с учетом его физического состояния в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и/или клиническими рекомендациями (протоколами лечения) в стационаре или в дневном стационаре, стационаре на дому в регламентированные сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выбытия (выписки, перевод), подтвержденного первичной медицинской документацией, и без клинического результата (смерть пациента).

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

Финансовым источником для формирования размера тарифов на оплату медицинской помощи являются средства обязательного медицинского страхования, предусмотренные законом Новгородской области от 28.12.2015 №897- ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новгородской области на 2016 год» в части финансового обеспечения Программы ОМС.

Тарифы на медицинскую помощь включают расходы, определенные пунктом 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», сформированы в соответствии со статьей 30 указанного закона и в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной Правилами ОМС, и являются едиными для МО независимо от организационно-правовой формы, оказывающих медицинскую помощь в рамках Программы ОМС.

Тарифы на оплату медицинской помощи утверждаются настоящим Тарифным соглашением, являются приложением к нему, выражаются в денежном эквиваленте и оформляются в электронном виде справочником тарифов.

Финансирование деятельности страховых медицинских организаций из средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новгородской области определяется договорами о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

Медицинская помощь, оказанная застрахованному лицу, оплачивается той страховой медицинской организацией, в которой гражданин застрахован на дату завершения лечения.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, осуществляется в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в пределах объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Новгородской области (далее – Комиссия), распределенных между МО по видам, условиям оказания и кварталам, с учетом результатов контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи, осуществляемого СМО, ТФОМС.

Расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляется в соответствии с Правилами ОМС.

Контроль за выполнением медицинскими организациями плановых объемов медицинской помощи, коррекция и рациональное перераспределение финансовых средств между медицинскими организациями осуществляется Комиссией.

Медицинские организации ежемесячно представляют страховым медицинским организациям реестры счетов и счета на оплату оказанной медицинской помощи в пределах, не превышающих нарастающим итогом квартальных объемов и годовых в течение года, установленных решением Комиссии.

Для решения вопроса об оплате медицинской помощи, оказанной медицинской организацией сверх установленного на квартал объема, не включенной ранее в реестр счетов на оплату, медицинская организация обращается в Ко-

миссию с обоснованием корректировки установленного плана. В случае решения Комиссии об увеличении квартального плана, медицинская организация предъявляет к оплате страховой медицинской организации объемы медицинской помощи, оказанной ранее, отдельным реестром счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах скорректированных объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии. В случае решения Комиссии об отказе в увеличении плана медицинская помощь, оказанная медицинской организацией сверх установленного объема, за счет средств обязательного медицинского страхования оплате не подлежит.

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

2. Способы и порядок оплаты оказанной медицинской помощи

В целях обеспечения доступности и качества медицинской помощи, предоставляемой в рамках Программы ОМС, применяются способы оплаты медицинской помощи, ориентированные на результаты деятельности медицинских организаций.

При реализации Программы ОМС применяются следующие способы оплаты:

- 1) 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 обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).
- 2) в стационарных условиях - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);
- 3) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);
- 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.

Перечень медицинских организаций по способам оплаты и уровням оказания медицинской помощи установлен в Приложении № 1 к Тарифному соглашению.

Порядок оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации).

Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на 1 застрахованное лицо на 2016 год составляет 325,00 руб.

Финансирование скорой медицинской помощи осуществляется по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитанным на основе базового подушевого норматива и половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, учитывающих различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры населения.

Объем средств для финансирования i -ой станции (подстанции) СМП, по подушевому финансированию на год ($ОФ_i$) рассчитывается по формуле:

$$ОФ_i = ФДПН_{смп_i} * Ч_{i_{смп}}, где$$

$ФДПН_{смп_i}$ – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i -той медицинской организации на 1 застрахованное лицо в год, рублей;

$Ч_{i_{смп}}$ – численность застрахованных лиц на 1 апреля года, предшествующего финансируемому, по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, обслуживаемых i -ой станцией (подстанцией) СМП, человек.

Подушевой норматив СМП включает в себя медицинскую эвакуацию, представляющую собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи пациентам при угрожающих жизни состояниях, женщинам в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденным, лицам, пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).

Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами ССМП с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

В состав подушевых нормативов СМП не входят вызовы, оказанные специализированными психиатрическими бригадами, вызовы к гражданам,

не застрахованным и не идентифицированным в системе ОМС, лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ.

Перечень медицинских организаций Новгородской области, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации в рамках Программы ОМС, дифференцированные подушевые нормативы и размер финансирования СМП на 2016 год установлен в **Приложении № 2**.

Тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, устанавливаются согласно **Приложению № 3**.

При вызове скорой медицинской помощи оформляется «Карта вызова скорой медицинской помощи» (ф. № 110/у) и «Сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи и талона к нему» (ф. № 114/у) при транспортировке пациента в МО.

При самостоятельном обращении пациента на станцию (отделение) скорой медицинской помощи в обязательном порядке заполняется «Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи» (ф. № 109/у).

Порядок оплаты амбулаторной медицинской помощи

Оплата оказанной в амбулаторных условиях медицинской помощи осуществляется по тарифам, действующим на дату оказания медицинской помощи.

Возраст пациента для определения тарифа принимается по состоянию на дату открытия талона амбулаторного пациента.

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, имеющими застрахованное прикрепленное население, в амбулаторных условиях осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи (посещение, обращение, медицинскую услугу).

Прикрепление застрахованных лиц на обслуживание в медицинской организации осуществляется в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

При расчете подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи учитываются объемы посещений, обращений при оказании первичной доврачебной, первичной медицинской, первичной специализированной медицинской помощи, выполненные по назначению врача диагностические услуги, не включенные в перечень отдельных диагностических услуг тарифного соглашения.

В подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи не включаются случаи проведения диспансеризации и медицинских осмотров, посещения центров здоровья, оказание стоматологической медицинской помощи, оказание неотложной медицинской помощи, в том числе в травматоло-

гических пунктах и приемных отделениях стационаров без последующей госпитализации, отдельные диагностические услуги, включенные в перечень отдельных диагностических услуг тарифного соглашения (Приложение № 8 к тарифному соглашению).

Финансирование медицинских организаций осуществляется по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитанным на основе базового подушевого норматива и половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи, учитывающих различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры населения.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц (по состоянию на 01.12.2015г.) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях на 2016 год в разрезе МО установлен **Приложением № 5**.

Предельный объем средств для финансирования по подушевому нормативу амбулаторной помощи, оказываемой j-ой медицинской организацией на месяц, рассчитывается путем умножения подушевого норматива финансирования на численность застрахованных лиц, прикрепленных к j-ой медицинской организации.

Страховые медицинские организации ежемесячно производят авансирование амбулаторной помощи, оплачиваемой по подушевому нормативу, в размере, установленном договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Медицинские организации, включенные в систему подушевого финансирования амбулаторной помощи, ежемесячно формируют и представляют в страховые медицинские организации счета и реестры счетов в установленном порядке.

Перечисление средств, рассчитанных по подушевому нормативу на прикрепленных застрахованных лиц, производится страховыми медицинскими организациями в порядке, предусмотренном договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС ежемесячно в размере 1/12 от годовой суммы.

Уменьшение финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи возможно при выполнении общего объема посещений и обращений по принятым к оплате счетам по АПП ежемесячно нарастающим итогом с начала года менее 70% от запланированного – в размере невыполнения.

Запланированный годовой объем посещений и обращений, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу, утвержден **Приложением № 4**.

Для анализа процентного выполнения планового объема по принятым к оплате реестров счетов и счетов среднемесячный плановый показатель объема посещений и обращений рассчитывается в размере 1/12 от утвержденных объемов на год без учета профилей.

При перевыполнении общего объема посещений и обращений по амбулаторной помощи пересчет дифференцированного подушевого норматива не производится.

Перерасчет подушевых нормативов осуществляется Комиссией не чаще 1 раза в квартал текущего года.

Для медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения, и для оплаты оказанной медицинской помощи лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации (для осуществления межтерриториальных расчетов), оплата оказанной амбулаторной медицинской помощи осуществляется по тарифам за единицу объема медицинской помощи (посещение, обращение (законченный случай)) согласно **Приложениям № 6, 7** в пределах утвержденных объемов медицинской помощи.

Обращение по поводу заболевания - оказание первичной доврачебной (оказываемой фельдшерами, акушерками), первичной врачебной медико-санитарной, а также первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, при количестве посещений **не менее двух** по поводу одного заболевания, с завершенным результатом лечения, не требующего дальнейшего обращения по тому же поводу.

Проведение диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является обращение, включающее в себя посещения (диспансерное наблюдение) пациента в течение месяца.

При наличии у пациента заболевания или состояния, требующего оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в течение длительного периода времени, случай оказания медицинской помощи подлежит оплате по тарифу за обращение по поводу заболевания 1 раз в месяц и формируется из посещений в течение месяца.

Тарифы за посещение с профилактической и иными целями и за обращение по поводу заболевания включают посещения врачей-специалистов вспомогательных кабинетов (отделений), выполняющих по назначению врача инструментально-диагностические, консультативные или лечебные услуги, не включенные в перечень отдельных диагностических услуг тарифного соглашения (**Приложение № 8**).

При выявлении сопутствующего заболевания, отнесенного к иному классу заболеваний по МКБ-10, требующего обследования и лечения у врача другой специальности, формируется новый случай по общим правилам с оформлением нового Талона амбулаторного пациента, независимо от периода лечения по первоначальному заболеванию.

Под посещением с профилактической и иной целью понимаются случаи обращения застрахованных лиц в медицинскую организацию, не связанные с возникновением внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний или иных патологий, в том числе:

- а) посещения с профилактической целью, в том числе:

центров здоровья (комплексный медицинский осмотр);
в связи с диспансеризацией определенных групп населения;
в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;
в связи с патронажем;
б) посещения с иными целями, в том числе:
в связи с другими обстоятельствами (получением справки, других медицинских документов);
медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;
в) разовые посещения в связи с заболеванием.

Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы N 025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях", утверждаемой Минздравом России.

В случае, если по итогам посещения с профилактической или иной целью, выявлено наличие заболевания, состояния требующего медицинского вмешательства (при необходимости повторного посещения), случай оформляется как обращение по поводу заболевания, при этом посещение с профилактической или иной целью к оплате не предъявляется.

Посещения врачей вспомогательных отделений (кабинетов) медицинской организации, оказывающих первичную медицинскую помощь, подлежат оплате в случае "ведения" пациента врачом данных отделений (кабинетов): назначение лечения с записью в первичной медицинской документации, контроль и динамика состояния пациента в процессе и после окончания курса проведенного лечения по тарифам за посещение или обращение, установленным для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

Выбор тарифа для оплаты медицинской помощи осуществляется в соответствии со специализацией врача или среднего медицинского персонала, оказывающего медицинскую помощь по соответствующему профилю согласно выделенным объемам.

При возложении на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации первичной медико-санитарной помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 23 марта 2012 года № 252н «Об утверждении порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты» применяется тариф за посещение к среднему медицинскому персоналу.

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в центре здоровья гражданам, впервые обратившимся в отчетном году для проведения комплексного обследования, производится за комплексное обследование (законченный случай) по тарифу, установленному **Приложением № 9**.

Объем минимальных исследований на одно комплексное обследование (законченный случай) для взрослых и детей определяется в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».

Оплата комплексного обследования пациента в центре здоровья осуществляется из расчета 1 раз в отчетном году.

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в центре здоровья, гражданам, обратившимся для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья, производится за посещение по тарифу, установленному **Приложением № 9**.

Оплата первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях взрослому и детскому застрахованному населению осуществляется по тарифам за посещение с профилактическими и иными целями и обращение по поводу заболевания, в том числе для МО имеющих прикрепленное население (**Приложение № 6,7**).

При планировании объема финансовых средств на оплату стоматологической помощи в амбулаторных условиях учтена кратность УЕТ в одном посещении, которая по Российской Федерации составляет 3,8.

Оплата оказанной медицинской помощи по профилю «Ортодонтия» осуществляется по тарифу за обращение по поводу заболевания. Обращение по профилю «Ортодонтия» включает в себя изготовление, наложение, починку ортодонтического аппарата, протеза, дуги Энгля, а также коррекцию и активацию аппарата в течение года. Обращение пациента по профилю «Ортодонтия» подлежит оплате 1 раз в году после установки ортодонтического аппарата.

Порядок оплаты отдельных медицинских технологий (диагностических услуг)

Для оплаты отдельных медицинских технологий (диагностических услуг) устанавливаются тарифы за медицинскую услугу (**Приложение № 8**).

Отдельные диагностические услуги подлежат оплате в медицинских организациях, наделенных объемами для оказания диагностических услуг.

Стоимость отдельных медицинских технологий (диагностических услуг) учитывается в общем объеме финансирования по амбулаторной помощи.

Отдельные диагностические услуги, выполненные в период пребывания пациента в стационаре (дневном стационаре) в одной медицинской организации, в том числе выполненные в день госпитализации в стационар (дневной

стационар) и в день выписки из стационара (дневного стационара) не подлежат оплате.

Отдельные диагностические услуги, выполненные застрахованному лицу для решения вопроса о госпитализации в эту же медицинскую организацию, не подлежат оплате в случае госпитализации застрахованного лица в дневной или круглосуточный стационар.

Отдельные диагностические услуги, выполненные по профилю «Клиническая лабораторная диагностика», оплачиваются за сумму выполненных застрахованному лицу лабораторных показателей.

Тариф на оплату диагностических услуг «Компьютерная томография» и «Магнитно-резонансная томография» предусматривает выполнение исследования одной анатомической области. При наличии направления врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, на томографическое исследование нескольких анатомических областей, на томографическое исследование с применением анестезии и/или контрастирования, оплата производится за сумму фактически оказанных застрахованному лицу услуг.

В целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, в случае наличия показаний для проведения пациенту диагностических исследований, отдельных диагностических услуг (при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту) медицинская организация вправе заключить договор с иной медицинской организацией, по тарифам, утвержденным **Приложением № 10**.

Порядок оплаты неотложной медицинской помощи

По тарифу за посещение при оказании неотложной медицинской помощи оплачивается медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни пациента и не требующих экстренной или скорой медицинской помощи, в отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи, в том числе оказываемая на дому специалистами отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Случаи оказания медицинской помощи врачами приемного отделения медицинской организации пациентам, не нуждающимся в оказании медицинской помощи в стационарных условиях или в случае отказа застрахованного лица от лечения в стационаре, подлежат оплате по тарифам, установленным тарифным соглашением для оплаты неотложной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

Для оказанной медицинской помощи в неотложной форме устанавливается тариф за одно посещение (**Приложение № 11**).

Порядок оплаты случаев диспансеризации взрослого населения

Диспансеризация определенных групп взрослого населения проводится в соответствии с приказом Минздрава России от 03.02.15г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» 1 раз в три года, за исключением инвалидов Великой Отечественной войны и лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанных инвалидами, которым диспансеризация проводится ежегодно.

Диспансеризация проводится в два этапа.

Оплата I этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения по утвержденным тарифам за законченный случай (**Приложение № 12**) производится в случае выполнения не менее 85% от объема обследования, при этом осмотры врачами-специалистами и исследования, выполненные ранее вне рамок диспансеризации (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации), и отказы гражданина от прохождения отдельных осмотров и исследований должны составлять не более 15% от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина.

При наличии у гражданина результатов осмотров, исследований или сведений об иных медицинских мероприятиях, входящих в объем диспансеризации, которые выполнялись в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации, решение о необходимости повторного осмотра, исследования или мероприятия в рамках диспансеризации принимается индивидуально с учетом всех имеющихся результатов обследования и состояния здоровья гражданина.

В случае если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации, первый этап диспансеризации отражается в отчете о проведении диспансеризации как законченный случай, при этом оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования, мероприятия) в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными территориальной программой.

В случае выполнения в рамках первого этапа менее 85% от объема исследования, установленного для данного возраста и пола гражданина, но при этом выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют 85% и более от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра, такие случаи учитываются и оплачиваются как проведенный гражданину профилактический медицинский осмотр согласно **Приложению № 13**.

II этап диспансеризации считается законченным в случае выполнения осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, необходимость проведения которых определена по результатам пер-

вого этапа диспансеризации, и предъявляется к оплате в соответствии с **Приложением № 14** к Тарифному соглашению.

Диспансеризация проводится медицинскими организациями в год достижения гражданином возраста, установленного в соответствии с порядками проведения диспансеризации в определенные возрастные периоды.

Порядок оплаты случаев профилактических медицинских осмотров взрослого населения

Оплата мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров взрослого населения, установленных приказом Минздрава России от 06.12.2012 № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра», осуществляются по тарифу за законченный случай согласно **Приложению № 13**.

Профилактический медицинский осмотр проводится 1 раз в 2 года.

В год прохождения диспансеризации профилактический медицинский осмотр не проводится.

Работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, и работники, занятые на отдельных видах работ, которые в соответствии с законодательством Российской Федерации проходят обязательные периодические медицинские осмотры, профилактическому медицинскому осмотру не подлежат.

Профилактический медицинский осмотр считается законченным и предъявляется к оплате в случае выполнения не менее 85% от объема обследования, при этом исследования, выполненные ранее вне рамок профилактического медицинского осмотра (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения осмотра), и отказы гражданина от прохождения отдельных исследований должны составлять не более 15% от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина.

При наличии у гражданина результатов исследований, которые выполнялись в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения профилактического медицинского осмотра, решение о необходимости повторного исследования в рамках профилактического медицинского осмотра принимается индивидуально с учетом всех имеющихся результатов обследования и состояния здоровья гражданина.

Порядок оплаты случаев профилактического, предварительного и периодического медицинских осмотров несовершеннолетних

При проведении профилактических, предварительных и периодических осмотров несовершеннолетних подлежат оплате случаи медицинских осмотров лиц, возраст которых на дату начала их проведения достиг возрастной группы, определенной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в

образовательные учреждения и в период обучения в них», по тарифам за законченный случай согласно **Приложению № 15**.

I этап профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, I этап предварительного медицинского осмотра несовершеннолетних, периодический медицинский осмотр несовершеннолетних предъявляются к оплате по тарифам за законченный случай после полного завершения осмотров, обследования и вынесения соответствующего заключения.

II этап профилактического и предварительного медицинских осмотров несовершеннолетних является завершенным в случае проведения дополнительных консультаций, исследований, назначенных при подозрении на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении I этапа, и оплачивается по тарифу за посещение.

Случай медицинского осмотра несовершеннолетнего считается законченным (I этап) при условии проведения осмотра врачом-психиатром. При этом в структуру тарифа за счет средств обязательного медицинского страхования расходы на проведение осмотра врачом-психиатром не включаются.

При проведении профилактических, предварительных и периодических осмотров учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), давность которых не превышает 3 месяцев с даты проведения осмотра и (или) исследования, а у детей, не достигших возраста 2 лет, учитываются результаты осмотров и исследований, давность которых не превышает 1 месяца с даты осмотра и (или) исследования.

В случае выполнения инструментально-диагностических методов исследования и осмотров врачами-специалистами, проведенных ранее вне рамок медицинского осмотра, для оплаты I этапа медицинских осмотров применяются тарифы за посещение.

Общая продолжительность I этапа профилактического осмотра должна составлять не более 10 рабочих дней, а при назначении дополнительных консультаций, исследований и/или необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций общая продолжительность для профилактического осмотра – не более 45 рабочих дней (I и II этапы), а для предварительного осмотра – не более 30 рабочих дней (I и II этапы).

Порядок оплаты случаев диспансеризации детей-сирот

Мероприятия по диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью осуществляются в соответствии с приказами Минздрава России от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся-

ся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью».

I этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью осуществляется по тарифам за законченный случай (**Приложение № 16**).

Случаи I этапа диспансеризации детей-сирот предъявляются к оплате после полного завершения осмотров, обследования и вынесения соответствующего заключения.

II этап диспансеризации детей-сирот является завершенным в случае проведения дополнительных консультаций, исследований, назначенных при подозрении на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении I этапа, и оплачивается по тарифу за посещение.

Случай диспансеризации несовершеннолетнего считается законченным (I этап) при условии проведения осмотра врачом-психиатром. При этом в структуру тарифа за счет средств ОМС расходы на проведение осмотра врачом-психиатром не включаются.

При проведении диспансеризации учитываются результаты диагностики, медицинских осмотров и диспансерного наблюдения, внесенные в историю развития ребенка и (или) медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов и (или) медицинскую карту ребенка, воспитывающегося в доме ребенка, давность которых не превышает 3 месяцев с даты осмотра и (или) исследования, а у детей, не достигших возраста 2 лет, учитываются данные, давность которых не превышает 1 месяца с даты осмотра и (или) исследования.

В случае выполнения инструментально-диагностических методов исследования и осмотров врачами-специалистами, проведенных ранее вне рамок диспансеризации детей-сирот, оплата осуществляется по тарифам за посещение.

Общая продолжительность I этапа диспансеризации должна составлять не более 10 рабочих дней, а при назначении дополнительных консультаций, исследований и/или необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций общая продолжительность – не более 45 рабочих дней (I и II этапы).

Диспансеризация детей-сирот проводится медицинскими организациями в год достижения несовершеннолетним возраста, установленного в соответствии с порядками проведения диспансеризации в определенные возрастные периоды.

Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара

Оплата медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара осуществляется:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний, в соответствии с перечнем клинико-статистических групп;
- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-профильную группу в соответствии с профилем койки в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи»;
- за законченный случай лечения заболевания по высокотехнологичной медицинской помощи, в соответствии с федеральными нормативами финансовых затрат.

Базовая ставка финансирования для расчета стоимости законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара, включенного в КСГ (КПГ), на 2016 год устанавливается в размере **14 048,00 руб.**

Стоимость одного законченного случая лечения в стационаре (СС_{КСГ/КПГ}) по системе клинико-затратных групп определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ/КПГ} = БС \times КИ ,$$

где

БС – базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи;

КИ – интегрированный коэффициент оплаты для данного случая. Интегрированный коэффициент оплаты для конкретного случая рассчитывается с учетом установленных коэффициентов оплаты по следующей формуле:

$$КИ = КЗ_{КСГ/КПГ} \times КУ_{КСГ/КПГ} \times КУС_{МО} \times КСЛП ,$$

где:

КЗ_{КСГ/КПГ} – коэффициент относительной затратоемкости по клинико-статистической группе (клинико-профильной группе), к которой отнесен данный пролеченный случай;

КУ_{КСГ} – управленческий коэффициент по клинико-статистической группе, к которой отнесен данный законченный случай (используется в расчетах, в случае если для данной клинико-статистической группы определен указанный коэффициент);

КУС_{МО} – коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент (используется в расчетах, в случае если для данной медицинской организации определен указанный коэффициент);

КСЛП — коэффициент сложности лечения пациента (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен).

Для определения интегрированного коэффициента оплаты для конкретного случая госпитализации устанавливаются коэффициенты:

- коэффициент относительной затратоемкости по клинико-статистической группе в составе клинико-профильной группы, к которой отнесен пролеченный случай. Коэффициент относительной затратоемкости определяется для каждой КСГ и КПГ на федеральном уровне (**Приложение № 17**) и не может быть изменен при установлении тарифов в субъектах Российской Федерации.
- управленческий коэффициент по клинико-статистической группе, к которой отнесен данный пролеченный случай, равный **1,0**;
- коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент, устанавливается:
 - 1) для медицинских организаций 1-го уровня — равный 1,0 (для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь в пределах муниципального района);
 - 2) для медицинских организаций 2-го уровня — равный 1,05 (для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь в пределах нескольких муниципальных районов, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь);
 - 3) для медицинских организаций 3-го уровня — равный 1,1 (для медицинских организаций, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь в пределах Новгородской области);
 - 4) для медицинских организаций 3-го А уровня — равный 1,4 (для федеральных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в пределах нескольких субъектов Российской Федерации).

Учитывая, что различия в затратах на оказание медицинской помощи учтены при расчете коэффициентов затратоемкости, применение коэффициента уровня оказания медицинской помощи при оплате медицинской помощи по ряду КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне оказания медицинской помощи, считается нецелесообразным.

Перечень КСГ круглосуточного стационара, для которых не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи

№ КСГ	Наименование КСГ
17	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
29	Легкие дерматозы
83	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
84	Комплексное лечение заболеваний нервной системы с применением препаратов иммуноглобулина
95	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии
153	Ремонт и замена речевого процессора
189	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
191	Болезни желчного пузыря
193	Гипертоническая болезнь в стадии обострения
194	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца, (уровень 1)
198	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
224	Болезни предстательной железы
237	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
247	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
253	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы
265	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)
266	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
267	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
268	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
269	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
295	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
299	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

- коэффициент сложности лечения пациента, установленный для КСГ (КПГ), к которой относится случай лечения.

Значение коэффициента сложности лечения пациентов (КСЛП) суммарно не может превышать уровень 1,8 и устанавливается в следующих случаях:

- 1) для КСГ № 105 «Малая масса тела при рождении, недоношенность» с учетом применения при оказании медицинской помощи сурфактанта, КСЛП устанавливается равный 1,2;

- 2) для медицинских организаций 2 уровня для всех КСГ при госпитализации лиц старше 75 лет, являющихся участниками, инвалидами и ветеранами войн, тружениками тыла и приравненных к ним, КСЛП устанавливается равный 1,4;
- 3) при проведении в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ, КСЛП устанавливается равный 1,2;
- 4) для медицинских организаций 3 уровня, оказывающих медицинскую помощь преимущественно детскому населению (более 70% в общем объеме медицинской помощи) при расчете стоимости госпитализации детей до 18 лет, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи, устанавливается КСЛП равный 1,2;
- 5) при проведении сочетанных хирургических вмешательств, КСЛП устанавливается равный 1,2;
- 6) при проведении однотипных операций на парных органах, КСЛП устанавливается равный 1,2;
- 7) оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением КСЛП. При этом критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 дней, за исключением КСГ, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней:

№ КСГ	Наименование КСГ
44	Детская хирургия, уровень 1
45	Детская хирургия, уровень 2
105	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость
106	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций
142	Лучевая терапия, уровень затрат 2
143	Лучевая терапия, уровень затрат 3
216	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)
260	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)
261	Панкреатит, хирургическое лечение
279	Ожоги (уровень 5)

Все оплаченные случаи сверхдлительной госпитализации подлежат медико-экономической экспертизе, при необходимости - экспертизе качества медицинской помощи.

Для сверхдлительных госпитализаций устанавливается КСЛП равный 1,3.

Во всех остальных случаях значение КСЛП равно 1,0.

В случае применения коэффициента сложности лечения пациента указанный критерий необходимо включать в реестр счетов.

Алгоритм отнесения каждого случая к соответствующей КСГ определяется инструкцией по группировке случаев в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», утвержденными Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Оплата медицинской помощи, оказанной новорожденным (до дня государственной регистрации рождения) осуществляется за счет средств страховой медицинской организации, в которой застрахована мать (иной член семьи или законный представитель).

Оплата пребывания одного из родителей (иного члена семьи или законного представителя), имеющего право нахождения в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний, производится за фактическое количество койко-дней, проведенных одним из родителей (иным членом семьи или законным представителем) в медицинской организации (за исключением заболеваний, при лечении которых применяются виды высокотехнологичной медицинской помощи) за счет средств той страховой медицинской организации, в которой застрахован ребенок.

В случае, если один из родителей (иной член семьи или законный представитель) одновременно осуществляет уход за двумя и более детьми, оплата нахождения родителя (иного члена семьи или законного представителя) в медицинской организации производится один раз.

Тариф на 1 койко/день пребывания одного из родителей (иного члена семьи или законного представителя), имеющего право нахождения в медицинской организации в стационарных условиях при оказании медицинской помощи ребенку устанавливаются в размере **300,00 руб.**

При дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением оплата по двум КСГ производится в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более. В случае пребывания пациентки в отделении патологии беременности в течение 5 дней и менее (≤ 5) оплата производится по одному законченному случаю.

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях длительностью 3-е суток и менее (≤ 3) размер оплаты случая лечения составляет:

при отсутствии оперативного вмешательства, являющегося основным классификационным критерием отнесения к конкретной КСГ, оплата составляет 20 % стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ;

при выполнении оперативного вмешательства, являющегося основным классификационным критерием отнесения к конкретной КСГ, оплата составляет 80 % стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

Исключения составляют случаи оказания медицинской помощи, для которых оплата устанавливается в размере 100 % стоимости КСГ:

№ КСГ	Наименование КСГ (круглосуточный стационар)
2	Осложнения, связанные с беременностью
3	Беременность, закончившаяся абортным исходом
4	Родоразрешение
5	Кесарево сечение
11	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
12	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)
16	Ангинефротический отек, анафилактический шок
83	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
84	Комплексное лечение заболеваний нервной системы с применением препаратов иммуноглобулина
97	Сотрясение головного мозга
140	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
148	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
149	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
153	Ремонт и замена речевого процессора
154	Операции на органе зрения (уровень 1)
155	Операции на органе зрения (уровень 2)
179	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
200	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)
252	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани
281	Операции на органах полости рта (уровень 1)
295	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
299	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

Медицинская помощь, предусмотренная разделом I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащий в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень), утвержденного Постановлением Правительства РФ от 19.12.2015 № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год», оплачивается в соответствии с **Приложением № 18** при наличии лицензии на организацию и выполнение работ (услуг) при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях.

Законченный случай оказания ВМП предъявляется к оплате при условии выполнения стандартов при оказании дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи, утвержденных уполномоченным федеральным органом

исполнительной власти, и соблюдении медицинских технологий и методов лечения, в соответствии с которыми данный вид медицинской помощи относится к ВМП.

Медицинская реабилитация в специализированных стационарных отделениях медицинских организаций осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации» (зарегистрировано в Минюсте России 22.02.2013 № 27276).

Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного, а также дневного стационара. Критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по "Модифицированной шкале Рэнкин (mRS)". При оценке по шкале Рэнкин 3-4-5 пациент получает реабилитацию в условиях круглосуточного реабилитационного стационара с оплатой по соответствующей КСГ.

При оценке по шкале Рэнкин 3 и менее пациент получает реабилитационную помощь в условиях дневного стационара.

Отнесение к КСГ, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В) вне зависимости от диагноза.

Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

Оплата медицинской помощи в условиях дневного стационара осуществляется:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний, в соответствии с перечнем клинико-статистических групп;
- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-профильную группу в соответствии с профилем койки;

Базовая ставка финансирования для расчета стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара, включенного в КСГ (КПГ), на 2016 год устанавливается в размере **10190,00 руб.**

Стоимость одного законченного случая в дневном стационаре (СС_{КСГ/КПГ}) по системе клинико-затратных групп определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ/КПГ} = БС \times КИ ,$$

где

БС – базовая ставка финансирования медицинской помощи в условиях дневного стационара;

КИ – интегрированный коэффициент оплаты для данного случая. Интегрированный коэффициент оплаты для конкретного случая рассчитывается с учетом установленных коэффициентов оплаты по следующей формуле:

$$КИ = КЗ_{КСГ / КПГ} \times КУС_{МО},$$

где

КЗкcg/кпг – коэффициент относительной затратоемкости по клинико-статистической группе (клинико-профильной группе), к которой отнесен данный пролеченный случай;

КУСмо – коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент (используется в расчетах, в случае если для данной медицинской организации определен указанный коэффициент);

Для определения интегрированного коэффициента оплаты для конкретного случая госпитализации устанавливаются коэффициенты:

- коэффициент относительной затратоемкости по клинико-статистической группе в составе клинико-профильной группы, к которой отнесен пролеченный случай. Коэффициент относительной затратоемкости определяется для каждой КСГ и КПГ на федеральном уровне (**Приложение № 19**) и не может быть изменен при установлении тарифов в субъектах Российской Федерации.

- коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент, равный 1,0.

Медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) оказывается в условиях дневного стационара за законченный случай лечения заболевания по КСГ в рамках установленных МО объемов.

Законченный случай экстракорпорального оплодотворения – совокупность медицинских услуг в соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий от момента обращения пациентки до подсадки эмбриона(ов).

Для оплаты медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах, учет фактического количества пациенто-дней осуществляется в следующем порядке:

- день поступления и день выписки считаются за два дня лечения, за исключением пребывания больного в дневном стационаре в течение одного календарного дня;
- при переводе пациента из одного отделения дневного стационара в другое отделение дневного стационара другой медицинской организации, дата окончания лечения в одном отделении не должна соответствовать дате начала лечения в другом отделении;

- при переводе пациента из одного отделения стационара (дневного или круглосуточного) в другое в пределах одной медицинской организации (за исключением оказания медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и заболеваний, при лечении которых применяются виды высокотехнологичной медицинской помощи) в случае, если заболевание относится к одному классу МКБ -10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ (КПГ) с наибольшим коэффициентом относительной затратоемкости;

- при переводе больного из круглосуточного стационара одной медицинской организации в дневной стационар другой медицинской организации (и наоборот, в случае возникновения необходимости круглосуточного наблюдения) оплата проводится по двум КСГ (КПГ), с учётом длительности пребывания пациента на койке дневного и круглосуточного стационаров.

При оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара длительностью 3-е суток и менее (≤ 3) случай оплачивается в размере 20% стоимости законченного случая по соответствующей КСГ(КПГ).

Исключения составляют случаи оказания медицинской, для которых оплата устанавливается в размере 100 % стоимости КСГ:

№ КСГ	Наименование КСГ (дневной стационар)
6	Искусственное прерывание беременности (аборт)
61	Болезни и травмы глаза

Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях стационара и дневного стационара осуществляется по тарифу, действующему на момент выписки пациента.

Методика определения тарифа с применением коэффициента для расчета стоимости законченного случая заключается в умножении базовой ставки на соответствующий коэффициент с применением правил математического округления до целого рубля.

Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях стационара и дневного стационара производится в пределах утвержденных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС объемов по медицинским организациям.

Ежемесячные планы для медицинской организации устанавливаются как невыполненные запланированные объемы, деленные на оставшееся число месяцев года по формуле:

$$ПР_{рас} = (ПР_{год} - \sum \min(ПР_{факт}, ПР_{мес})) / n,$$

где:

ПР_{рас} – плановое количество пролеченных на расчетный месяц;

ПР_{год} – плановое количество пролеченных, запланированное для МО на год;

ПР_{факт} – фактическое количество пролеченных за отчетный период;

ПРмес – плановое количество пролеченных за отчетный период;

n – оставшееся число месяцев года.

Контроль объемов оценивается в целом по медицинской организации в разрезе страховых медицинских организаций, без выделения КСГ (КПГ).

Порядок оплаты случаев лечения при проведении диализа

Учитывая особенности оказания, а также пожизненный характер проводимого лечения и, соответственно, оплаты медицинской помощи при проведении процедур диализа, включающего различные методы, для оплаты указанных процедур, оказываемых в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу. Перечень тарифов на оплату процедур диализа с учетом применения различных методов установлен **Приложением № 20**.

При этом стоимость услуги диализа с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты законченного случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре. При этом в период лечения, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну процедуру экстракорпорального диализа и один день перитонеального диализа. В целях учета объемов медицинской помощи учитывается лечение в течение одного месяца как одно обращение (в среднем 13 процедур экстракорпорального диализа, 12-14 в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объёмом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца).

При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников.

Учитывая постоянный характер проводимого лечения, рекомендуется ведение одной амбулаторной карты (учетная форма № 025/у) в течение календарного года (в том числе и в случае ведения электронной амбулаторной карты), несмотря на количество законченных случаев лечения по данной нозологии у конкретного пациента (с момента начала проведения диализа в текущем году до 31 декабря текущего года).

Порядок представления сведений об оказанной медицинской помощи

Информация о застрахованных и прикрепленных лицах, оказанной медицинской помощи, результатах проведенного контроля объема, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и оплаченных счетах передается в едином формате данных, в сроки и в порядке, установленным регламентом информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО в соответствии с Приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

Сведения о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи, в том числе реестры счетов за оказанную медицинскую помощь, акты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи и иные документы, содержащие персональные данные застрахованных граждан, передаются участниками информационного взаимодействия (медицинские организации, страховые медицинские организации, ТФОМС НО) по защищенной сети ViPNet в электронном виде (за исключением счета за оказанную медицинскую помощь) или в бумажном виде, на электронном носителе с обеспечением требований о защите информации от несанкционированного доступа. Документы, содержащие персональные данные застрахованных граждан и направленные иными способами к рассмотрению не принимаются.

Медицинская организация (МО):

до 3-го числа месяца, следующего за отчетным, представляет в ТФОМС НО реестр счета с персональными данными граждан, которым оказана медицинская помощь за отчетный период, для определения их страховой принадлежности;

в срок не позднее 5-ти рабочих дней месяца, следующего за отчетным, направляет в СМО и в срок не позднее 10-го числа месяца, следующего за отчетным, направляет в ТФОМС по межтерриториальным расчетам счета на оплату медицинской помощи, сформированные в соответствии с форматами информационного взаимодействия.

При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи медицинская организация вправе доработать и представить в СМО отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов в срок не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения акта от СМО.

Случаи оказания медицинской помощи, отклоненные по результатам медико-экономического контроля по причине «страховая принадлежность», в случае изменения страховой медицинской организации – плательщика, предъявляются в составе основного счета.

Случаи оказания медицинской помощи представляются медицинской организацией на оплату в срок не **позднее трех месяцев**, следующих за отчетным периодом. При этом под отчетным периодом понимается месяц, в ко-

тором случай оказания медицинской помощи завершен (закрыт). Исключения составляют реестры счетов за ноябрь-декабрь, которые принимаются к оплате в январе следующего за отчетным годом.

Счета всех видов предъявляются в страховые медицинские организации в соответствии с условиями договора на оказание и оплату медицинских услуг. Счета, представленные с нарушением установленного срока, могут быть отклонены страховой организацией и приняты к обработке и оплате в следующий расчетный период.

За отчетный месяц могут быть предъявлены:

- основной счет – предъявляется один счет и реестр по каждому виду счета;

- повторный счет (исправленный счет) – предъявляются счета и реестры к ним в количестве равном количеству отчетных периодов.

В повторный счет (исправленный счет) не включаются случаи оказания медицинской помощи, принятые к оплате страховыми медицинскими организациями или ТФОМС.

Страховая медицинская организация (СМО):

Ведёт персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах, оказанной им медицинской помощи, результатах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Обеспечивает соответствие персонифицированной информации об оплаченной медицинской помощи, результатах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, данным бухгалтерского учета.

Страховая медицинская организация принимает ежемесячно до 5 числа каждого месяца счета и реестры счетов и проводит медико-экономический контроль представленных медицинскими организациями реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в соответствии с критериями МЭК, утвержденными **Приложением № 21**. Результаты контроля по каждому счету оформляются отдельным актом, который в срок до 25 числа месяца, следующего за отчетным, направляется в медицинскую организацию.

Ежемесячно до двадцатого числа месяца, следующего за отчетным, представляет в ТФОМС:

- отчетность об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованным лицам медицинской помощи, о деятельности по защите прав застрахованных лиц и иную отчетность в порядке и по формам, установленным Федеральным фондом в соответствии со статьей 33 Федерального закона;

- сведения о выполнении объемов медицинскими организациями по видам, условиям оказания и способам оплаты медицинской помощи.

Представляет по запросу ТФОМС НО необходимые сведения об оказанной медицинской помощи.

ТФОМС НО:

Ведет региональный сегмент единого регистра застрахованных по ОМС лиц, содержащий, в том числе, информацию о прикреплении граждан к МО.

До 4-го числа каждого месяца проводит идентификацию граждан на принадлежность к страховой медицинской организации по реестрам с персональными данными граждан от МО, которым оказана медицинская помощь за отчетный период.

Проводит форматно-логический контроль реестров оплаченных СМО счетов и результатов контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи.

Организует контроль объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, оказанной в МО лицам, застрахованным за пределами Новгородской области. Выполняет функции страховщика при экспертизе счетов и реестров за оказанную медицинскую помощь данной категории граждан.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Структура и размер тарифов на оплату медицинской помощи определены в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной Правилами ОМС.

Формирование, утверждение, изменение и определение порядка применения тарифов осуществляется Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях для оказания медицинской помощи при реализации территориальной программы ОМС (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.

Не включены в структуру тарифа на оплату медицинской помощи расходы на проведение капитального строительства, капитального ремонта и оплата услуг по составлению проектно-сметной документации для его проведения, на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью более ста тысяч рублей за единицу.

В составе затрат, непосредственно связанных с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги), учитываются следующие группы затрат:

- затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

- затраты на приобретение материальных запасов, потребляемых в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги);

- затраты на амортизацию оборудования, используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

- иные затраты, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги).

К затратам, необходимым для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемым непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), относятся затраты, которые невозможно отнести напрямую к затратам, непосредственно связанным с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги).

В составе затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, выделяются следующие группы затрат:

- затраты на коммунальные услуги;

- затраты на содержание объектов недвижимого имущества, закрепленных за медицинской организацией на праве оперативного управления или приобретенных медицинской организацией за счет средств, выделенных ей учредителем на приобретение такого имущества, а также недвижимого имущества, находящегося у медицинской организации на основании договора аренды или безвозмездного пользования, эксплуатируемого в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) (далее - затраты на содержание недвижимого имущества);

- затраты на содержание объектов движимого имущества (далее - затраты на содержание движимого имущества);

- затраты на приобретение услуг связи;

- затраты на приобретение транспортных услуг;

- затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников медицинских организаций, которые не принимают непосредственного участия в оказании медицинской помощи (медицинской услуги) (административно-управленческого, административно-хозяйственного, вспомогательного и иного персонала, не принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги));

- затраты на амортизацию оборудования, непосредственно не используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

- прочие затраты на общехозяйственные нужды.

К прочим затратам на общехозяйственные нужды относятся затраты без которых деятельность медицинской организации в целом будет невозможной, т.е. расходы необходимые для поддержания надзорных, лицензионных требований, для соблюдения требований СанПиН.

Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда определяются исходя из потребности в количестве персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги), в соответствии с действующей системой оплаты труда, включая денежные выплаты стимулирующего характера 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, а также достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения в Новгородской области.

Расходы на медикаменты, перевязочные средства и изделия медицинского назначения сформированы исходя из расчетных финансовых затрат по уровням оказания медицинской помощи и включают расходы на приобретение: медикаментов, медицинских иммунобиологических препаратов для лечебных целей, витаминов, бактериологических препаратов и перевязочных средств, шовного материала, перчаток, масок, сывороток, дезинфекционных средств, мелкого медицинского инструментария, пленок для рентгеновских снимков, материалов для производства лабораторных исследований, кислорода и спирта для медицинских целей, расходных материалов для стерилизации оборудования, термобумаги для медицинского оборудования (ЭКГ, УЗИ и т.д.), расходных материалов для проведения диагностической флюорографии, расходных материалов (отечественного производства) для стоматологического лечения.

В состав тарифа на оплату медицинской помощи включены расходы на приобретение продуктов питания, включая расходы на лечебное питание в круглосуточных стационарах организаций, которые сформированы, исходя из расчетных финансовых затрат.

Расходы на аренду имущества определяются по формуле:

$$АП = РС / МСПИ,$$

где (АП) арендный платеж равен соотношению (РС) рыночной стоимости имущества (по заключению Общероссийской общественной организации «Российское общество оценщиков») к (МСПИ) максимальному сроку полезного использования (в месяцах – при ежемесячном арендном платеже, в годах – при годовом арендном платеже). Расходы за оценку имущества осуществляются за счет средств ОМС.

За счет средств ОМС не оплачивается цельная донорская кровь, компоненты донорской крови, медицинские иммунобиологические препараты для проведения профилактических прививок, включённых в Национальный календарь профилактических прививок, и профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

Порядок распределения затрат по источникам их финансового обеспечения устанавливается локальным нормативным актом (учетной политикой) медицинской организации.

Медицинские организации направляют средства, полученные от страховых медицинских организаций на оплату расходов, связанных с оказанием медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, в соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Приказом Минфина России от 01.07.2013 № 65н «Об утверждении Указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации».

Расходы медицинских организаций, связанные с возмещением (восстановлением) средств, использованных не по целевому назначению, за счет средств ОМС осуществляются в случае, если обязательство уплаты указанных расходов по требованию совпадает с годом реализации территориальной программы ОМС.

4. Применение санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

Для медицинских организаций, участвующих в территориальной программе обязательного медицинского страхования Новгородской области, в целях соблюдения порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию установить перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (**Приложение № 22**).

Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:

$$C = H + C_{\text{шт}},$$

где Н – размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации за оказание медицинской помощи;

С_{шт} – размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации за оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = PT * K_{\text{но}}, \text{ где:}$$

PT – размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

Кно – коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи).

Для вычисления размера неоплаты или неполной оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, применяется норматив финансовых затрат на 1 вызов скорой медицинской помощи, установленный ТПГГ для вызова скорой медицинской помощи.

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт.), рассчитывается по формуле:

$Сшт = РП * Кшт$, где:

РП – размер подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи;

Кшт – коэффициент для определения размера штрафа, установленный в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи).

5. Заключительные положения

Тарифы устанавливаются исходя из объема бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования Новгородской области, установленного областным законом Новгородской области от 28.12.2015 № 897-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новгородской области на 2016 год».

Пересмотр тарифов для медицинских организаций производится при появлении дополнительных источников финансирования и экономии средств при невыполнении медицинскими организациями установленных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов оказания медицинской помощи.

Индексация тарифов на оплату медицинской помощи согласовывается решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования и устанавливается в Тарифном соглашении.

Все приложения к настоящему Тарифному соглашению являются его неотъемлемой частью.

Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено и дополнено по соглашению всех Сторон. Изменения и дополнения в Тарифное соглашение оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с момента подписания всеми Сторонами.

Тарифное соглашение вступает в силу со дня его подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 1 января 2016 года.

Тарифное соглашение от 06.02.2015 признать утратившим силу.

Подписи Сторон, участвующих в Тарифном соглашении:

Департамент здравоохранения Новгородской области

М.П.

Михайлова Г.В., руководитель департамента здравоохранения Новгородской области

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новгородской области

М.П.

Екимова И.О., директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новгородской области

Новгородский филиал ОАО Страховая компания «РОСНО-МС»

М.П.

Захаров А.В., директор Новгородского филиала ОАО Страховая компания «РОСНО-МС»

ООО «АльфаСтрахование-ОМС» Новгородский филиал «Сибирь»

М.П.

Антонов А.А., директор ООО «АльфаСтрахование-ОМС» Новгородский филиал «Сибирь»

Новгородская областная организация профсоюза работников здравоохранения

М.П.

Смелова Л.С., председатель Новгородской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации

Общественная организация медицинских работников «Медицинская палата Новгородской области»

М.П.

Хорошевская А.И., главный врач ГОБУЗ «Новгородская областная клиническая больница», член Совета общественной организации медицинских работников «Медицинская палата Новгородской области»