

Тарифное соглашение

Великий Новгород

27 января 2017 года

Департамент здравоохранения Новгородской области в лице: руководителя Михайловой Г.В., первого заместителя руководителя департамента Колесникова С.В.,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новгородской области в лице: директора Екимовой И.О., начальника отдела организации обязательного медицинского страхования Малашенко С.В.

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., члена Президиума Гатилова Д.В.

Совет общественной организации медицинских работников «Медицинская палата Новгородской области» в лице представителей: Хорошевской А.И., Ивановой В.В., включенные в состав комиссии, созданной распоряжением Администрации Новгородской области от 02.02.2012 № 28-рз «О создании комиссии» именуемые в дальнейшем 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» заключили настояще 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 2017 год и наделенными объемами оказания медицинской помощи Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования; способы оплаты медицинской помощи; размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи; 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.

Тарифное соглашение разработано в соответствии со статьей 30 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 19.12.2016 №1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»; Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н; областным законом Новгородской области от 22.12.2016 № 44-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новгородской области на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов».

Настоящее Тарифное соглашение является обязательным для исполнения всеми участниками системы обязательного медицинского страхования Новгородской области, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Новгородской области.

2. Способы и порядок оплаты оказанной медицинской помощи

При реализации Программы ОМС, являющейся составной частью Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи применяются следующие способы оплаты:

- 1) в амбулаторных условиях:
 - по подушевому нормативу финансирования на прикрепленное население 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 прикрепленного населения).
- 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.

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.

2.1. 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).

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

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации составляет 541 рубль в расчете на одно застрахованное лицо в год.

Методика расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи установлена **Приложением № 28.**

Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи установлены **Приложением № 2.**

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

$$ОФ^i = ДПн^i \times Ч_3^i, \text{ где}$$

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

$Ч_3^i$ – численность застрахованных лиц по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, обслуживаемых i-ой станцией (подстанцией) СМП, человек.

Перечень медицинских организаций Новгородской области, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации в рамках Программы ОМС, дифференцированные подушевые нормативы финансирования на 2017 год установлены **Приложением № 1.**

Подушевые нормативы могут пересматриваться Комиссией не чаще 1 раза в квартал текущего года.

В реестры счетов на оплату медицинской помощи в обязательном порядке включаются все единицы объема оказанной скорой медицинской помощи по установленным тарифам (**Приложение № 3**).

При выполнении менее 85% от запланированного квартального объема вызовов, входящих в систему подушевого финансирования (по принятым к оплате счетам) – оплата осуществляется по установленным тарифам за вызов.

Запланированный поквартальный и годовой объем вызовов в разрезе медицинских организаций установлен **Приложением № 4.**

Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи осуществляется страховыми медицинскими организациями ежемесячно с учетом результатов медико-экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи и экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи и

авансирования медицинской организации из расчета 1/12 годового объема финансирования.

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, осуществляется за фактическое количество вызовов по тарифам, установленным **Приложением № 3**.

2.2. Порядок оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях

2.2.1. Порядок оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц

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 - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

Базовый (средний) размер подушевого норматива финансирования составляет 1318,60 рублей на одно застрахованное лицо в год.

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

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.

Основным фактором дифференциации является половозрастной состав прикрепленного населения, в соответствии с которым определяются половозрастные коэффициенты потребления медицинской помощи.

Методика расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях установлена **Приложением № 29**.

Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях установлены **Приложением № 6**.

Распределение застрахованных лиц по медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, устанавливается на начало соответствующего года и может корректироваться на основании данных регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц.

При оплате первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи предельный размер финансового обеспече-

ния медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива по следующей формуле:

$$ОФ^i = ДПн^i \times Ч_3^i, \text{ где:}$$

$ОФ^i$ – предельный размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, рублей;

$ДПн^i$ – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i -той медицинской организации на 1 застрахованное лицо в год, рублей;

$Ч_3^i$ – численность застрахованных лиц, прикрепленных к данной медицинской организации, человек.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях на 2017 год в разрезе медицинских организаций установлены **Приложением № 5**.

Медицинские организации, включенные в систему подушевого финансирования амбулаторной помощи, ежемесячно формируют и представляют в страховые медицинские организации реестры счетов с обязательным включением всех единиц объема оказанной медицинской помощи по установленным тарифам.

При выполнении менее 85% запланированного квартального объема обращений, входящих в систему подушевого финансирования (по принятым к оплате счетам) – оплата осуществляется по установленным тарифам за обращение.

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

Для анализа выполнения квартального планового объема (в процентах) по принятым к оплате счетам – объем обращений учитывается по итогу, без учета профилей.

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

Подушевые нормативы могут пересматриваться Комиссией не чаще 1 раза в квартал текущего года.

Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи осуществляется страховыми медицинскими организациями ежемесячно с учетом результатов медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи и авансирования медицинской организации из расчета 1/12 годового объема финансирования.

2.2.2.Порядок оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется за единицу объема медицинской помощи: посещение, законченный случай лечения заболевания (обращение) в следующих случаях:

- при проведении всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;
- при посещениях с профилактической и иной целью;
- при обращениях по поводу заболевания в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;
- при оказании стоматологической медицинской помощи;
- при посещении центров здоровья;
- при оказании медицинской помощи в неотложной форме;
- при оказании медицинской помощи, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Оплата оказанной амбулаторной медицинской помощи осуществляется по тарифам за единицу объема медицинской помощи (посещение, обращение) согласно **Приложениям № 7, 8** в пределах утвержденных Комиссией объемов медицинской помощи.

Обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью **не менее двух** посещений по поводу одного заболевания.

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.

Под посещением с профилактической и иной целью понимаются случай обращения застрахованного лица в медицинскую организацию, не связанное с возникновением внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний или иных патологий.

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.

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.

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

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 (за медицинскую услугу) по тарифу, установленному **Приложением № 10**.

Оплата комплексного обследования пациента в центре здоровья осуществляется 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 за повторное посещение в центре здоровья. Динамическое наблюдение не осуществляется в день проведения комплексного обследования.

Тариф за посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме применяется при оплате оказанной медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни пациента и не требующих экстренной или скорой медицинской помощи, врачами, фельдшерами, выездными бригадами отделений (кабинетов) неотложной медицинской помощи, в том числе оказываемая на дому.

Кроме того, случаи оказания медицинской помощи врачами приемного отделения медицинской организации пациентам, не нуждающимся в оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара или в случае отказа застрахованного лица от лечения в стационаре, а также при самостоятельном обращении пациента на станцию (подстанцию) скорой медицинской помощи за неотложной медицинской помощью данные посещения подлежат оплате по тарифам за посещение в неотложной форме.

Для оказанной медицинской помощи в неотложной форме устанавливается тариф за одно посещение в **Приложении № 13**.

Оплата амбулаторной медицинской помощи, не включенной в подушевое финансирование, осуществляется в пределах установленных Комиссией объемов посещений и обращений раздельно по итогу, без учета профилей, кроме стоматологической и ортодонтической медицинской помощи.

2.2.3. Порядок оплаты случаев диспансеризации, профилактических медицинских осмотров взрослого населения

Диспансеризация определенных групп взрослого населения (далее – ДВН) 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.

Оплата I этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения по утвержденным тарифам за законченный случай 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 завершенный случай, при этом оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования, мероприятия).

Тарифы на проведение ДВН установлены **Приложением №14**.

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 за законченный случай в соответствии с **Приложением № 16**.

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

Оценка выполненного объема диспансеризации определенных групп взрослого населения осуществляется согласно следующей таблице:

| Осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие | | Возраст (лет) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | 21 | 24 | 27 | 30 | 33 | 36 | 39 | 42 | 45 | 48 | 51 | 54 | 57 | 60 | 63 | 66 | 69 | 72 | 75 | 78 | 81 | 84 | 87 | 90 | 93 | 96 | 99 |
| Всего (100 %) мероприятий | M | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 11 | 12 | 12 | 12 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 12 | 12 | 12 | 12 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| | Ж | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 13 | 13 | 14 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 14 | 14 | 13 | 13 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| Округленное число мероприятий, составляющее 85 % от всего объема (обязательно – анкетирование и терапевт) | M | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 10 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| | Ж | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 11 | 11 | 12 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 12 | 12 | 11 | 11 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| Округленное число мероприятий, выполненных ранее, или отказов граждан, составляющее 15 % от объема диспансеризации | M | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Ж | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Датой начала законченного случая 1 этапа ДВН считается дата проведения анкетирования, датой окончания - дата приема (осмотра) врача-терапевта (врача общей практики) при завершении 1 этапа диспансеризации.

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 согласно Приказа Минздрава России от 06.12.2012г. №1011, такие случаи учитываются и оплачиваются как проведенный гражданину профилактический медицинский осмотр согласно **Приложению № 15**.

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.

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.

Взаиморасчеты между медицинскими организациями за услуги, выполненные в рамках проведения диспансеризации, а также периодических медицинских осмотров производятся по тарифам в соответствии с **Приложением № 12**.

2.2.4. 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 № 17**.

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 с профилактической целью к врачу-специалисту.

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 с профилактической целью к врачу-специалисту.

Общая продолжительность I этапа профилактического осмотра должна составлять не более 10 рабочих дней, а при назначении дополнительных кон-

сультаций, 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).

2.2.5.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 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 согласно **Приложению № 18.**

Случай 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 с профилактической целью к врачу-специалисту.

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 с профилактической целью к врачу-специалисту.

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 несовершеннолетними возраста, установленного в соответствии с порядками проведения диспансеризации в определенные возрастные периоды.

2.2.6.Порядок оплаты стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях

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, установленными согласно **Приложениям № 7, 8.**

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

Рекомендуемый классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, выраженной в УЕТ представлен в **Приложении № 11.**

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 Энгеля, а также коррекцию и активацию аппарата в течение года. Обращение пациента по профилю «Ортодонтия» подлежит оплате 1 раз в год после установки ортодонтического аппарата.

Оплата стоматологической и ортодонтической медицинской помощи осуществляется в пределах установленных Комиссией объемов посещений и обращений раздельно по каждому профилю.

2.2.7.Порядок оплаты отдельных медицинских услуг

Для оплаты отдельных медицинских услуг (диагностических услуг) устанавливаются тарифы за медицинскую услугу (**Приложение № 9**).

Отдельные медицинские услуги подлежат оплате в медицинских организациях в пределах утвержденных Комиссией объемов раздельно по каждой медицинской услуге.

Отдельные диагностические услуги, выполненные в период пребывания пациента в стационаре (дневном стационаре), в том числе выполненные в день госпитализации в стационар (дневной стационар) и в день выписки из стационара (дневного стационара) не подлежат оплате как отдельная услуга.

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.

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, в реестре счетов формируется отдельная запись на каждую медицинскую услугу.

Отдельные диагностические услуги, выполненные по профилю «Клиническая лабораторная диагностика», оплачиваются за сумму выполненных застрахованному лицу лабораторных показателей при наличии направления медицинской организации (при отсутствии своей лаборатории).

В целях оказания медицинской помощи лицам, пострадавшим от укуса клеща, исследование которого подтвердило зараженность вирусом клещевого энцефалита, проводится иммунизация путем введения иммуноглобулина.

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, установленным **Приложением № 12**.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях представлен в **Приложении № 30**.

2.3.Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) применяются следующие способы оплаты:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);
- за прерванный, в том числе сверхкороткий, случай оказания медицинской помощи при проведении диагностических исследований, переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, оказании услуг диализа.

Базовая ставка финансирования для расчета стоимости законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара, включенного в КСГ, на 2017 год устанавливается в размере **15175,00 руб.**

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

$$CC_{КСГ/КПГ} = BC \times KZ_{КСГ/КПГ} \times PK \text{, где}$$

BC – базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи;

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

PK – поправочный (интегрированный) коэффициент оплаты для данного случая.

Интегрированный коэффициент оплаты для конкретного случая рассчитывается с учетом установленных коэффициентов оплаты по следующей формуле:

$$PK = KU_{КСГ/КПГ} \times KUC_{MO} \times KSLP,$$

где:

$KU_{КСГ/КПГ}$ – 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);

KUC_{MO} – 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);

$KSLP$ – коэффициент сложности лечения пациента (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент установлен).

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, со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» (далее - МКБ - 10), Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министер-

ства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.12.2011 № 1664н (далее - Номенклатура).

Коэффициент относительной затратоемкости определяется для каждой КСГ и КПГ на федеральном уровне (**Приложение № 20**) и не может быть изменен при установлении тарифов в субъектах Российской Федерации.

Управленческий коэффициент применяется к КСГ и КПГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи, и устанавливается в размере **1,0**.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент, устанавливается в соответствии с пунктом 3 Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденного приказом Федерального фонда ОМС от 18.11.2014г. № 200

Перечень медицинских организаций по уровню оказания медицинской помощи в стационарных условиях и размер коэффициента уровня оказания медицинской помощи представлен в **Приложении №19**.

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 представлен в **Приложении № 21**.

Коэффициент сложности лечения пациентов (КСЛП) устанавливается в следующих случаях и размерах:

| № | Случаи, для которых установлен КСЛП | Значение КСЛП |
|---|--|---------------|
| 1 | Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей до 1 года, за исключением КСГ, относящихся к профилю «неонатология» № 105, 106, 107) | 1,1 |
| 2 | Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей от 1 до 4) | 1,1 |
| 3 | Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю ребенка до 4 лет | 1,05 |
| 4 | Сложность лечения пациента, связанная с возрастом для лиц старше 75 лет | 1,1 |
| 5 | Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента: Сахарный диабет типа 1 и 2 (коды по МКБ Е10-Е14) | 1,1 |
| 6 | Необходимость развертывания индивидуального поста по медицинским показаниям | 1,1 |
| 7 | Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю ребенка после достижения им возраста 4 лет до 18 лет при наличии медицинских показаний | 1,05 |

| | | |
|----|--|--------------------------------------|
| 8 | Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ (перечень представлен в Инструкции) | 1,3 |
| 9 | Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями | в соответствии с расчетным значением |
| 10 | Проведение сочетанных хирургических вмешательств (перечень представлен в Инструкции) | 1,2 |
| 11 | Проведение однотипных операций на парных органах (перечень представлен в Инструкции) | 1,2 |

Оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением КСЛП. При этом критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок выше 30 дней, за исключением КСГ, приведенных в **Приложении № 22**, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней.

Значение КСЛП определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней. Стоимость койко-дня для оплаты случаев сверхдлинного пребывания определяется с учетом компенсаций расходов на медикаменты и расходные материалы в профильном отделении:

$$КСЛП = 1 + (ФКД - НКД)/НКД * К_{дл}, \text{ где}$$

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента;

ФКД - фактическое количество койко-дней;

НКД - нормативное количество койко-дней (30 дней, за исключением КСГ, для которых установлен срок лечения 45 дней);

$K_{дл}$ - коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов равен – 0,3.

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

Во всех остальных случаях значение КСЛП равно 1,0.

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

Расчет суммарного значения КСЛП (КСЛП сумм) при наличии нескольких критериев выполняются по формуле:

$$КСЛП_{сумм} = КСЛП_1 + (КСЛП_2-1) + (КСЛП_{n-1})$$

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8, за исключением случаев сверхдлительной госпитализации. В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется без ограничения итогового значения.

Оплата медицинской помощи, оказанной новорожденным (до дня государственной регистрации рождения) осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахована мать (иной член семьи или законный

представитель), с обязательным указанием в персональных данных даты рождения и пола ребенка.

В случае, если один из родителей (иной член семьи или законный представитель) одновременно осуществляет уход за двумя и более детьми, применение КСЛП в связи с необходимостью предоставления спального места и питания законному представителю в медицинской организации осуществляется один раз.

При определении фактического количества койко-дней пребывания в рамках одного случая лечения в условиях круглосуточного стационара – день поступления и день выписки считается за 1 койко-день (Приказ МЗ РФ от 13.11.2006 №545).

Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет 3 дня и менее (≤ 3), кроме случаев, входящих в группы, перечисленные в **Приложении № 23**, по которым оплата осуществляется в полном 100% объеме.

При этом, если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, оплата осуществляется в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

Если указанная хирургическая операция не выполнена, случай оплачивается в размере 40% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз).

Оплата по двум КСГ в рамках одного пролеченного случая.

Оплата случаев лечения больных, переведенных в пределах стационара из одного отделения в другое, оплачивается как один случай по КСГ, имеющей максимальный коэффициент затратоемкости, за исключением случаев перевода пациента из отделения в отделение медицинской организации, обусловленного возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания.

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.

В случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10 оплата также производится по двум КСГ:

О14.1 Тяжелая преэклампсия.

О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери.

О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери.

О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери.

О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

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

После оказания в медицинской организации, в том числе федеральной медицинской организации, высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по КСГ, формируемой по коду МКБ 10.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Программа) в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень).

Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой (**Приложение № 24**).

В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

При этом размер тарифа на оплату медицинской помощи, рассчитанный по КСГ с учетом применения поправочных коэффициентов (за исключением коэффициента сложности лечения пациента), не должен превышать норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи медицинской помощи по соответствующему методу.

2.4.Порядок оплаты медицинской реабилитации

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.

2.5.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 группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);
- за прерванный, в том числе сверхкороткий, случай оказания медицинской помощи при проведении диагностических исследований, переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, оказании услуг диализа.

Базовая ставка финансирования для расчета стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара, включенного в КСГ, на 2017 год устанавливается в размере **10190,00 руб.**

Стоимость одного законченного случая лечения в условиях дневного стационара ($CC_{КСГ/КПГ}$) по системе клинико-затратных групп определяется по следующей формуле:

$$CC_{КСГ/КПГ} = BC \times KZ_{КСГ/КПГ} \times PK, \text{ где}$$

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

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

PK – поправочный (интегрированный) коэффициент оплаты для данного случая.

Интегрированный коэффициент оплаты для конкретного случая рассчитывается с учетом установленных коэффициентов оплаты по следующей формуле:

$$ПК = КУ_{КСГ/КПГ} \times КУС_{МО},$$

где:

$КУ_{КСГ/КПГ}$ – управлеченческий 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).

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условия дневного стационара, представлен в **Приложении № 31.**

Коэффициент относительной затратоемкости определяется для каждой КСГ и КПГ на федеральном уровне (**Приложение №25**) и не может быть изменен при установлении тарифов в субъектах Российской Федерации.

Управлеченческий коэффициент применяется к КСГ и КПГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи, и устанавливается в размере **1,0**.

Учитывая, что различия в затратах на оказание медицинской помощи учтены при расчете коэффициентов затратоемкости, коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара устанавливается в размере **1,0**.

Медицинская помощь с применением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) в условиях дневного стационара оплачивается за законченный случай лечения по КСГ в рамках установленных для медицинских организаций объемов.

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

Порядок отбора и направления застрахованных лиц на лечение бесплодия методом ЭКО определяется департаментом здравоохранения Новгородской области.

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

- день поступления и день выписки считаются за **2 (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 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, с учётом длительности пребывания пациента на койке дневного и круглосуточного стационаров.

Оплата прерванных, в том числе сверхкоротких случаев.

При оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара длительностью 3 дня и менее ($<=3$) размер оплаты случая лечения составляет 40% стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

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.

Возраст пациента определяется на дату начала лечения, тариф на оплату – на дату окончания лечения.

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

Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного и дневного стационара, производится в пределах утвержденных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС годовых объемов в разрезе медицинских организаций без учета профилей и КСГ.

Месячный объем медицинской помощи определяется по следующей формуле:

$$\Pi_{\text{мес}} = \Pi_{\text{год}} / (13 - \text{мес}) + \Pi_{\text{ост}}$$

где:

$\Pi_{\text{год}}$ – годовой плановый объём;

$\Pi_{\text{мес}}$ – месячный плановый объём;

мес – месяц отчетного периода;

$\Pi_{\text{ост}}$ – неиспользованные объёмы за предыдущий период года;

$$\Pi_{\text{ост}} = \sum_{i=1}^{\text{мес}-1} \Pi_{\text{мес}(i)} - \sum_{i=1}^{\text{мес}-1} O_{\text{мес}(i)}$$

где:

$\Pi_{\text{мес}(i)}$ – месячный плановый объём за i -й месяц.

$O_{\text{мес}(i)}$ – случаи принятые к оплате за i -й месяц.

2.6. 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 № 26**.

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.

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну процедуру экстракорпорального диализа и один день перitoneального 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 объемом диализата при перitoneальном 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).

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

В соответствии с подпунктом 1 пункта 12.6 Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленных приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18 ноября 2014 года № 200, на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, средние размеры финансового обеспечения в расчете на 1 застрахованное лицо на 2017 год составляют по:

скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации в рамках базовой программы ОМС – 545,90 рублей;

медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках базовой программы ОМС – 3240,90 рублей;

медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в условиях круглосуточного стационара в рамках базовой программы ОМС – 4217,60 рубля;

медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в условиях дневного стационара в рамках базовой программы ОМС – 715,10 рубля.

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.

Размеры тарифов, установленных настоящим ТС, определяются исходя из объема средств, предусмотренного на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территории Новгородской области, в соответствии с областным законом о бюджете ТФОМС НО на соответствующий финансовый год и плановый период.

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.

При формировании тарифов учитываются затраты лечебных, параклинических и вспомогательных подразделений медицинских организаций, обеспечивающих оказание медицинской помощи в соответствии с утвержденными в установленном порядке объемами медицинской помощи по Программе ОМС (за исключением служб и подразделений медицинских организаций, деятельность которых не оплачивается за счет средств ОМС).

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, в том числе денежные выплаты:

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.

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.

За счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется оплата медицинской помощи:

- по заболеваниям и состояниям, не включенными в базовую программу ОМС (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ – инфек-

ция и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения);

- незастрахованным и не идентифицированным по ОМС лицам.

Расходы, связанные с осуществлением безрезультатных вызовов скорой медицинской помощи, включены в стоимость вызовов в рамках территориальной программы ОМС накладными расходами, и отдельно на оплату не предъявляются.

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.

Проезд пациентов до места оказания заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перitoneального диализа не включается в тариф на оплату медицинской помощи, как направляющей, так и принимающей медицинской организации.

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».

При использовании средств ОМС медицинские организации должны исходить из необходимости достижения заданных результатов с использованием наименьшего объема средств или достижения наилучшего результата с использованием определенного объема средств ОМС.

В случае невыполнения медицинскими организациями утвержденных плановых объемов оказания медицинской помощи, возмещение расходов, включенных в нормативы затрат, за невыполненный объем не являются обязательством системы ОМС.

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

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС (далее – Контроль) осуществляется страховыми медицинскими организациями и ТФОМС НО в соответствии с приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

В случае выявления по результатам Контроля нарушений при оказании медицинской помощи к медицинской организации применяются санкции, установленные Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), размеров и условий применений финансовых санкций по результатам Контроля. (**Приложение № 27**).

Общий размер санкций, применяемых к медицинским организациям, рассчитывается в соответствии с пунктом 127 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н.

5. Заключительные положения

5.1. Порядок внесения изменений и дополнений в Тарифное соглашение.

Пересмотр тарифов для медицинских организаций производится при появлении дополнительных источников финансирования и экономии средств при невыполнении медицинскими организациями объемов медицинской помощи, установленных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также принятие в систему ОМС вновь созданных медицинских организаций.

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

Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено и дополнено по соглашению всех Сторон. Изменения и дополнения в Тарифное соглашение оформляются Дополнительным соглашением на основании протокола заседания Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с момента подписания всеми Сторонами.

5.2. Распределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС устанавливается решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

Объемы медицинской помощи, установленные Программой ОМС, включают в себя объемы предоставления медицинской помощи жителям Новгородской области за её пределами.

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

Оплате за счет средств обязательного медицинского страхования подлежит объем предоставления медицинской помощи, установленный на год с по-квартальной разбивкой и обоснованной последующей корректировкой.

5.3. Порядок разрешения споров.

В случае возникновения споров между Сторонами по настоящему Тарифному соглашению, Стороны принимают все меры по их разрешению путем переговоров.

Все неурегулированные Сторонами споры в рамках выполнения настоящего Тарифного соглашения разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.4. Тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2017г. и действует до 31.12.2017г.

Все приложения к настоящему Тарифному соглашению являются его неотъемлемой частью.

Тарифное соглашение от 16.02.2016 признать утратившим силу.

Подписи Сторон, участвующих в Тарифном соглашении:

Руководитель
департамента здравоохранения
Новгородской области

Первый заместитель руководителя департамента
здравоохранения Новгородской области

Директор
ТERRITORIALНОГО фонда
обязательного медицинского страхования Нов-
городской области

Начальник отдела организации обязательного
медицинского страхования ТERRITORIALНОГО
фонда обязательного медицинского страхования
Новгородской области

Директор Новгородского филиала ОАО Страхо-
вая компания «РОСНО-МС»

Директор
ООО «АльфаСтрахование - ОМС»
Новгородский филиал «Сибирь»
Член Совета общественной организации меди-
цинских работников «Медицинская палата Нов-

Г.В. Михайлова

С.В. Колесников

И.О. Екимова

С.В. Малашенко

А.В. Захаров

А.А. Антонов

городской области»

Член Совета общественной организации медицинских работников «Медицинская палата Новгородской области»

Председатель

Новгородской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации

Член Президиума Новгородской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации



В.В. Иванова

Л.С. Смелова

Д.В. Гатилов