

**Тарифное соглашение
в системе обязательного медицинского страхования
Новгородской области на 2020 год (далее – Тарифное соглашение)**

Великий Новгород

27 января 2020 года

1. Общие положения

Министерство здравоохранения Новгородской области в лице: первого заместителя министра Ломовцевой Р.Х., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новгородской области в лице: начальника отдела организации обязательного медицинского страхования Малашенко С.В., представитель страховых медицинских организаций: Новгородский филиал Общества с ограниченной ответственностью ВТБ Медицинское страхование в лице директора Захарова А.В., 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 президента: Беркунова В.Н., включенные в состав Комиссии, созданной распоряжением Администрации Новгородской области от 02.02.2012 № 28-рз «О создании комиссии» (в редакции от 31.10.2019 №329-рг), именуемые в дальнейшем Стороны в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон) заключили настоящее Тарифное соглашение о нижеследующем:

Тарифное соглашение разработано и заключено в соответствии с Федеральными законами от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС), постановлением Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов», областным законом Новгородской области от 23.12.2019 № 501-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новгородской области на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов», Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленными письмом Министерства здравоохранения РФ от 12.12.2019 №11-7/И/2-11779 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12.12.2019 №17033/26-2/и (далее – Методические рекомендации), Инструкцией по

группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, доведенной письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 17151/26-1/и от 13.12.2019 (далее – Инструкция) и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Новгородской области.

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 (далее – Территориальная программа ОМС) медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций на 2020 год и наделенными объемами оказания медицинской помощи Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия); 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, заключительные положения.

Тарифное соглашение и тарифы применяются для расчетов за медицинскую помощь, оказанную в соответствии с Территориальной программой обязательного медицинского страхования застрахованным лицам на территории Новгородской области, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями застрахованным лицам в других субъектах Российской Федерации, в объеме, установленном базовой программой ОМС.

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

2. Способы оплаты оказанной медицинской помощи

В соответствии с частью 6 статьи 39 Федерального закона оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком, установленным Правилами ОМС.

Страховые медицинские организации направляют средства на оплату медицинской помощи в медицинские организации в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи, заключаемыми с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации Территориальной программы ОМС и

которым решением Комиссии установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными Территориальной программой ОМС.

Оплате за счет средств обязательного медицинского страхования подлежит объем предоставления медицинской помощи, установленный на год, с поквартальной разбивкой и обоснованной последующей корректировкой, осуществленной Комиссией.

Расчеты за оказанную медицинскую помощь лицам, застрахованным за пределами Новгородской области, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, осуществляет Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новгородской области в соответствии с Правилами ОМС.

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

Возраст пациента определяется на дату начала оказания медицинской помощи.

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.

Возраст пациента определяется на дату начала оказания медицинской помощи:

- дети - до 17 лет 11 месяцев 29 дней;
- взрослые - 18 лет и старше.

Оплата медицинской помощи осуществляется по тарифам, действующим на дату окончания лечения.

2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

Настоящим Тарифным соглашением устанавливаются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в амбулаторных условиях:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) 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, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Новгородской области, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии).

Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС на 2020 год по уровням оказания и способам оплаты установлен в Приложении №1.

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется за единицу объема медицинской помощи в следующих случаях:

- для медицинской помощи, оказываемой с профилактической и иными целями:

комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров (включая комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров в центрах амбулаторной онкологической помощи, а также 1-е посещение в году для проведения диспансерного наблюдения);

комплексное посещение для проведения диспансеризации (включающее комплексные посещения для проведения диспансеризации в центрах амбулаторной онкологической помощи);

посещения с иными целями;

- для медицинской помощи, оказываемой в связи с заболеваниями:

отдельные диагностические (лабораторные) исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, гистологические исследования и молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии);

обращения в связи с заболеваниями;

- для медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме:

посещения в неотложной форме, включая посещения на дому.

Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденной приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 834н (далее – Талон).

Оплата комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», 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».

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации взрослого населения считаются выполненными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

Посещения с иными целями включают:

посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений);

посещения для проведения 2 этапа диспансеризации;

разовые посещения в связи с заболеваниями;

посещения центров здоровья;

посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;

посещения центров амбулаторной онкологической помощи (за исключением комплексных посещений для проведения профилактических меди-

цинских осмотров и диспансеризации в центрах амбулаторной онкологической помощи);

посещения в связи выдачей справок и иных медицинских документов и другими причинами;

посещения в связи с комплексным медицинским обследованием вне медицинской организации с использованием передвижных медицинских комплексов.

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в центре здоровья, осуществляется за посещение:

- впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования;

- обратившихся граждан для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья, а также граждан, направленных медицинской организацией по месту прикрепления, медицинскими работниками образовательных организаций.

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

Динамическое наблюдение не осуществляется в день проведения комплексного обследования.

Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона только при последнем посещении больного по данному поводу.

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

Тариф за посещение при оказании медицинской помощи, в том числе на дому, 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.

Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях взрослому и детскому застрахованному населению осуществляется по тарифам за посещение с иными целями и обращение по поводу заболевания, которые учитывают среднюю кратность условных единиц трудоемкости (далее – УЕТ).

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое

для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, представлено в Приложении №2.

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 год после установки ортодонтического аппарата.

Тарифным соглашением устанавливаются тарифы на единицу объема в связи с проведением отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) с учетом применения различных видов и методов исследований систем, органов и тканей человека.

Гистологические исследования с целью выявления онкологических заболеваний - это прижизненное патолого-анатомическое исследование в амбулаторных условиях макро- и микроскопических изменений фрагментов тканей, органов с учетом следующих критериев учета:

при вырезке, проводке и микротомии - по числу объектов (объектом является один тканевой образец, залитый в один парафиновый или замороженный блок) с последующим описанием материала в соответствии с необходимыми требованиями;

при окраске микропрепаратов (постановке реакций, определений) - по числу объектов, обработанных одной окраской (реакцией, определением) с последующим описанием материала в соответствии с необходимыми требованиями;

при пересмотре – описание представленного из одной зоны интереса биопсийного (операционного и диагностического) материала вне зависимости от объема и количества.

Все гистологические исследования осуществляются в целях выявления, подтверждения или уточнения онкологического заболевания.

Тариф на 1 молекулярно-генетическое исследование с целью выявления онкологических заболеваний включает расходы на оплату транспортных услуг в целях доставки диагностического материала к месту исследования и расходы на хранение образца.

Отдельные диагностические (лабораторные) услуги, выполненные в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре или дневном стационаре, в том числе выполненные в день госпитализации в стационар или дневной стационар и в день выписки из стационара или дневного стационара входят в стоимость законченного случая, включенного в соответ-

ствующую группу заболеваний, и не подлежат оплате как отдельная медицинская услуга.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний в сроки, установленные Территориальной программой ОМС.

Порядок направления на отдельные диагностические (лабораторные) исследования устанавливается нормативным правовым актом Министерства здравоохранения Новгородской области.

Страховые медицинские организации осуществляют контроль за назначением, направлением на проведение и выполнением отдельных диагностических (лабораторных) исследований в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Страховые медицинские организации принимают к оплате диагностические (лабораторные) услуги при наличии направления на исследования от врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную.

При наличии медицинских показаний для проведения диагностических (лабораторных) исследований с анестезиологическим пособием исследования выполняются в условиях дневного или круглосуточного стационара, при этом КСГ формируется в соответствии с Инструкцией.

С целью повышения доступности первичной медико-санитарной помощи, оказываемой жителям сельских населенных пунктов Новгородской области на основании приказа Министерства здравоохранения Новгородской области от 11.09.2018 № 600-Д «О внедрении пилотного проекта» устанавливается тариф на посещение в связи с комплексным медицинским обследованием вне медицинской организации с использованием передвижных медицинских комплексов, который включает следующий объем исследований и осмотров:

1	Осмотр терапевта	М
		Ж
2	Осмотр невролога	М
		Ж
3	Осмотр акушера-гинеколога	Ж
3	Осмотр уролога	М
		Ж
4	Клиническая лабораторная диагностика (общий анализ крови развернутый, общий анализ мочи)	М
		Ж
5	Биохимическая лабораторная диагностика (билирубин, сахар, креатинин, общий холестерин)	М
		Ж
6	Исследование мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала на цитологическое исследование	Ж
6	Исследование крови на ПСА	М
7	Электрокардиография	М
		Ж
8	Спирометрия	М
		Ж

9	Ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря (при наличии), поджелудочной железы, почек и/или щитовидной железы	М
		Ж
10	Транскраниальная доплерография и/или дуплексное сканирование брахицефальных артерий	М
		Ж
11	Ультразвуковое исследование предстательной железы	М
11	Ультразвуковое исследование гинекологическое: матки и придатков, и/или молочных желез	Ж

Оплата комплексного медицинского обследования вне медицинской организации с использованием передвижных медицинских комплексов осуществляется в размере тарифа при условии выполнения не менее 75% (8) исследований и осмотров.

В случае выполнения менее 8 исследований и осмотров (75%) от набора услуг комплексного обследования, такие случаи учитываются и оплачиваются как посещение с иными целями, оказанное с использованием передвижных медицинских комплексов.

Оплата комплексного медицинского обследования пациента вне медицинской организации с использованием передвижных медицинских комплексов осуществляется 1 раз в отчетном году.

Объемы отдельных медицинских услуг не подлежат учету в объеме посещений и обращений, и входят в общий объем финансирования амбулаторной помощи.

Оплата амбулаторной медицинской помощи ежемесячно осуществляется в пределах установленных Комиссией квартальных объемов в размере: объем диагностических (лабораторных) услуг учитывается в разрезе каждой услуги;

объем посещений, комплексных посещений и обращений учитывается по итогу, без учета профилей.

2.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара

Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) осуществляется:

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний) (далее – КСГ);

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

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях в рамках Территориальной программы

ОМС на 2020 год в разрезе уровней оказания медицинской помощи представлен в Приложении № 14.

Алгоритм отнесения каждого случая к соответствующей КСГ установлен Инструкцией и Методическими рекомендациями.

Стоимость одного законченного случая лечения в стационаре ($CC_{КСГ}$) по системе клинико-статистических групп определяется по следующей формуле (округляется по правилам математики до двух знаков после запятой):

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

BC – базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи;

$KZ_{КСГ}$ – коэффициент относительной затроемкости по клинико-статистической 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:

$$PK = KU_{КСГ} \times KUC_{МО} \times KСЛП, \text{ где:}$$

$KU_{КСГ}$ – 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);

$KUC_{МО}$ – 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);

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

Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги при проведении оперативного лечения, для оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, представлен в Приложении № 15.

Перечень КСГ, применяемых для оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара и размер коэффициента относительной затроемкости установлен в Приложении № 16.

Значение коэффициента уровня (подуровня) оказания медицинской помощи определено согласно Методическим рекомендациям и на 2020 год составляет:

Уровни (подуровни)	Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи
1 уровень	0,9
2 уровень	

2.1	1,05
2.2	1,1
3 уровень	
3.1	1,1
3.2	1,4

Учитывая, что различия в затратах на оказание медицинской помощи учтены при расчете коэффициентов затратноемкости, 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 № 17.

Управленческий коэффициент ($KU_{КСГ}$) применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи и устанавливается размере 1,0, за исключением КСГ, установленных в Приложении № 18.

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

№	Случай, для которых установлен КСЛП	Значения КСЛП
1	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний)	1,1
2	Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ (перечень возможных сочетаний КСГ представлен в Инструкции)	1,3
3	Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями (методика расчета КСЛП представлена в Инструкции)	В соответствии с расчетным значением
4	Проведение сочетанных хирургических вмешательств (перечень возможных сочетанных операций представлен в Инструкции)	1,2
5	Проведение однотипных операций на парных органах (перечень возможных однотипных операций на парных органах представлен в Инструкции)	1,2
6	Проведение молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования в целях диагностики злокачественных новообразований	1,1

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, приведенных в Приложении № 19, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней.

Правила отнесения случаев к сверхдлительным не распространяются на КСГ, объединяющие случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (st19.039-st19.055), т.е. указанные случаи не могут считаться сверхдлительными и оплачиваться с применением соответствующего КСЛП.

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

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

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);

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

При расчете КСЛП применяется правило математического округления до двух знаков после запятой.

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:

$$\text{КСЛП}_{\text{СУММ}} = \text{КСЛП}_1 + (\text{КСЛП}_2 - 1) + (\text{КСЛП}_n - 1)$$

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.

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.

Алгоритмы формирования отдельных КСГ, имеющих определенные особенности представлены в Приложении № 20.

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 соответствующей КСГ.

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 государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов. 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.

КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией» формируется с учетом двух классификационных критериев – основного диагноза пациента и сопутствующего диагноза пациента (R54 Старческая астения).

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи по данной КСГ также является лечение на геронтологической профильной койке и наличие лицензии на оказание медицинской помощи по профилю «Гериатрия».

Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»

Формирование КСГ и расчет коэффициентов относительной затратоемкости КСГ по профилю «Онкология» для случаев лечения пациентов со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара выполнены в соответствии с моделями диагностики и лечения пациентов в составе проектов стандартов медицинской помощи, разработанных на основании утвержденных Ассоциацией онкологов России клинических рекомендаций по профилю «Онкология» и размещенных на Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России (cr.rosminzdrav.ru).

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии учтены в том числе нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению

лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются), а также учтена сопутствующая терапия для коррекции нежелательных явлений (например, противорвотные препараты, препараты, влияющие на структуру и минерализацию костей и др.).

Отнесение к КСГ, предусматривающим хирургическое лечение, осуществляется по коду МКБ 10 и коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой.

Формирование КСГ для случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода МКБ 10, кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и для большинства групп с учетом количества дней проведения лучевой терапии (фракций).

Отнесение к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляется по коду МКБ 10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количества дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

КСГ для случаев лекарственной терапии формируются на основании кода МКБ 10 и схемы лекарственной терапии.

Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее (≤ 3) установлен в Приложении № 21.

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию установлен Приложением № 22.

Если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ.

Рассчитанная стоимость прерванного случая лечения округляется по правилам математики до двух знаков после запятой (рубля с копейками).

Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях.

В случае если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Особенности оплаты прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Оплата случаев лечения по двум КСГ

Оплата случаев лечения пациентов, 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 (st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение» или st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение» возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более.

При этом оплата по двум КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

O14.1 Тяжелая преэклампсия.

O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери.

O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери.

O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери.

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

КСГ st01.001 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» может быть подана на оплату только медицинскими организациями, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

Оплата по двум КСГ осуществляется также в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

- проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания.

При этом если один из двух случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

Выполнение косметических процедур за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется. В связи с этим оплата по КСГ услуги А16.26.046.001 «Эксимерлазерная фототерапевтическая кератэктомия» осуществляется только при лечении эрозии, язвы роговицы, кератита, помутнения роговицы, возникшего вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности компенсации вызванной ими иррегулярности роговицы с помощью очковой или контактной коррекции, услуг А16.26.046.002 «Эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» и А16.26.047 «Кератомилез» – при коррекции астигматизма или иррегулярности роговицы, возникших вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности их компенсации с помощью очковой или контактной коррекции. Аналогичные принципы применяются для медицинской услуги А16.26.046 «Кератэктомия».

Лечение по профилю медицинская реабилитация

Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного, а также дневного стационаров в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Для КСГ №№ st37.001-st37.018 в стационарных условиях и для КСГ №№ ds37.001-ds37.012 в условиях дневного стационара критерием для

определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в условиях круглосуточного стационара в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в Новгородской области. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в условиях круглосуточного стационара. Градации оценки и описание ШРМ приведены в Приложении № 20.

Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара, ежемесячно производится в пределах утвержденных Комиссией квартальных объемов в разрезе профилей медицинской помощи и групп высокотехнологичной медицинской помощи.

2.3. Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара осуществляется:

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

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

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара в рамках Территориальной программы ОМС на 2020 год представлен в Приложении № 23.

Алгоритм отнесения каждого случая к соответствующей КСГ установлен Инструкцией и Методическими рекомендациями.

Стоимость одного законченного случая лечения в условиях дневного стационара ($CC_{КСГ}$) по системе клинко-статистических групп определяется по следующей формуле (округляется по правилам математики до двух знаков после запятой):

$$CC_{КСГ} = BC \times KZ_{КСГ} \times ПК, \text{ где}$$

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

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

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

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

$$ПК = КУ_{КСГ} \times КСЛП, \text{ где:}$$

$КУ_{КСГ}$ – 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);

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

Перечень КСГ, применяемых для оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара и коэффициент относительной затратоемкости установлен в Приложении № 24.

Управленческий коэффициент применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи и устанавливается в размере 1,0, за исключением КСГ, установленных в Приложении № 25.

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

№	Случай, для которых установлен КСЛП	Значения КСЛП
	Проведение первого этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции), I-II (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки), I-III (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов (неполный цикл)	0,6
	Проведение I-III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов (неполный цикл)	1
	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов	1
	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов ¹	1,1
	Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос)	0,19

¹ В данный этап не входит осуществление размораживания криоконсервированных эмбрионов и перенос криоконсервированных эмбрионов в полость матки

Медицинская помощь с применением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) (далее – ЭКО) в условиях дневного стационара оплачивается за законченный

случай лечения по КСГ в рамках установленных для медицинских организаций объемов, с учетом применения поправочного коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП), учитывающего возможность проведения отдельных этапов процедуры, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов.

В рамках проведения процедуры ЭКО в соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий выделяются следующие этапы:

1. Стимуляция суперовуляции;
2. Получение яйцеклетки;
3. Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;
4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

Дополнительно в процессе проведения процедуры ЭКО возможно осуществление криоконсервации, полученных на третьем этапе, эмбрионов.

В случае проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов, а также проведения первых трех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ № ds02.005 «Экстракорпоральное оплодотворение» без применения КСЛП.

При этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

Для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, учет фактического количества пациенто-дней осуществляется в следующем порядке:

- день поступления и день выписки считаются за 2 (два) дня лечения, за исключением пребывания пациента 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 затратности;

- при переводе пациента 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 случаев оказания медицинской помощи.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее (≤ 3) установлен Приложением № 21.

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию установлен Приложением № 26.

Если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ.

Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях.

В случае, если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Особенности оплаты прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией.

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

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 двух знаков после запятой.

Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, производится ежемесячно в пределах утвержденных Комиссией квартальных объемов в разрезе профилей медицинской помощи.

2.4. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа, в условиях дневного стационара - за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, в условиях круглосуточного стационара - за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации.

Коэффициенты относительной затроемкости, применяемые к базовым тарифам для оплаты диализа установлены в Приложении №31.

Учитывая единственный, законодательно установленный, способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, - законченный случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество услуг в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц 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. В случае, если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

2.5. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

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 скорой медицинской помощи.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь в

рамках Территориальной программы ОМС на 2020 год установлен в Приложении № 29.

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

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, осуществляется за фактическое количество вызовов по установленным тарифам.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определены в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона и разделом XII Правил ОМС.

3.1. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования равен 4054,75 рублей.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц установлен в размере 1071,00 рублей в год.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включается следующий объем амбулаторной помощи:

обращения в связи с заболеваниями при оказании первичной медико-санитарной помощи, организованной по территориально-участковому принципу;

диагностические исследования (за исключением компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований), и не включенные в перечень отдельных медицинских услуг настоящего Тарифного соглашения и выполненные по назначению лечащего врача;

лабораторные исследования (за исключением гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) выполненные по назначению лечащего врача.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы на:

проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии;

на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров, в том числе при выездах мобильных медицинских комплексов, мобильных медицинских бригад;

посещения с иными целями, в том числе при выездах мобильных медицинских комплексов, мобильных медицинских бригад;

проведение гемодиализа и перитонеального диализа в амбулаторных условиях;

стоматологическую медицинскую помощь;

посещения центров здоровья;

медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

Предельный размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, ежемесячно рассчитывается страховыми медицинскими организациями исходя из значения дифференцированного подушевого норматива амбулаторной помощи, оказываемой i -ой медицинской организацией ($ОФ^i$), по формуле:

$$ОФ^i = ДПН^i \times Ч_З^i, \text{ где:}$$

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

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

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

Распределение застрахованных лиц по медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц на 27 января 2020 года и предельный размер финансового обеспечения установлен в Приложении №3.

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы для медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДПН^i = ПН_{БАЗ} \times КУ_{МО}^i \times КД_{ПВ}^i \times КД_{ОТ}^i, \text{ где}$$

- $ДП_{Н}^i$ дифференцированный подушевой норматив для i -той медицинской организации, рублей;
- $ПН_{БАЗ}$ базовый (средний) подушевой норматив финансирования, рублей;
- $КУ_{МО}^i$ коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, к которому относится i -тая медицинская организация;
- $КД_{ПВ}^i$ половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i -той медицинской организации;
- $КД_{ОТ}^i$ коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i -той медицинской организации.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива учитывают различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры прикрепленного населения и рассчитываются в целом по Новгородской области.

Для определения половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива численность застрахованных лиц распределяется на следующие половозрастные группы:

- 1) до года мужчины/женщины;
- 2) год - четыре года мужчины/женщины;
- 3) пять - семнадцать лет мужчины/женщины;
- 4) восемнадцать – шестьдесят четыре года мужчины/женщины;
- 5) шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

При этом для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше устанавливается значение половозрастного коэффициента в размере не менее 1,6.

На 2020 год устанавливаются следующие половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи:

Возрастная группа	Пол	Значение половозрастного коэффициента дифференциации подушевого норматива
до 1 года	м	1,309
	ж	1,127

1-4 года	м	1,926
	ж	1,874
5-17лет	м	0,920
	ж	0,955
18-64 года	м	0,656
	ж	1,010
65 лет и старше	м	1,6
	ж	1,6

Коэффициент дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (КД_{от}) с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определяется исходя из расположения и отдаленности обслуживаемых территорий.

На 2020 год устанавливаются следующие коэффициенты дифференциации в размере:

– для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, в размере 1,113,

– для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих от 20 тысяч человек до 50 тысяч человек, – 1,04.

Значение коэффициента уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, к которому относится i-тая медицинская организация, определено согласно Методическим рекомендациям и составляет:

Уровни (подуровни)	Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи
1 уровень	
1.1	0,9
1.2	1,0
1.3	1,1
1.4	1,25
1.5	1,40
1.6	1,45
2 уровень	1,1

Дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций на 2020 год установлен в Приложении №4 .

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

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям,

установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – Положение) составляет в среднем на 2020 год:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей, – 481,95 тыс. рублей

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, – 963,9 тыс. рублей

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, – 1 527,0 тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, – 1 714,7 тыс. рублей.

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий более 2000 жителей, – 1 714,7 тыс. рублей.

Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов с численностью обслуживаемого населения и размером финансового обеспечения установлен в Приложении №32.

Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи, а также финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов 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.

При изменении показателей на соответствие Положению, а также при изменении численности обслуживаемого населения фельдшерскими, фельдшерско-акушерскими пунктами размер финансового обеспечения пересматривается на 1 число месяца, следующего за месяцем, в котором данные изменения произошли.

Медицинская организация, структурными подразделениями которой являются фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты, обязана предоставить в Комиссию информацию о данных изменениях не позднее 15 числа месяца следующего за месяцем, в котором произошли изменения.

Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, отдельные диагностические (лабораторные) исследования, применяемые, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, установлены Приложениями №№ 5,6,8,9,10,11,12,13.

Тарифы для медицинской помощи, оказанной в неотложной форме, установлены в Приложении № 7.

Размер базовой ставки для оплаты гемодиализа устанавливается в размере 5949 рублей, для оплаты перитонеального диализа в размере 4640 рублей.

Перечень тарифов на оплату услуг диализа с учетом применения различных методов установлен в Приложении № 27.

3.2. При оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определен на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования и составляет 5076,27 рублей.

Размер базовой ставки финансирования для расчета стоимости законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара, включенного в КСГ, на 2020 год устанавливается в размере 22 721,86 рублей.

Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи установлены Приложением № 28.

3.3. При оказании медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определен на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования равен 1175,94 рублей.

Размер базовой ставки финансирования для расчета стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара, включенного в КСГ, на 2020 год устанавливается в размере 12 358,55 рублей.

Средний норматив финансовых затрат на 1 случай экстракорпорально-го оплодотворения составляет – 119 544,49 рублей.

3.4. При оказании скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы ОМС на 2020 год составляет 695,23 руб.

Базовый (средний) подушевой норматив для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи установлен в размере 695,23 рублей в год.

Размер финансового обеспечения медицинской помощи организации,

оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива, численности обслуживаемого населения, а также объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов по следующей формуле:

$$\text{ФО}_{\text{СМП}} = \text{ФДПн}^i \times \text{Чз}^{\text{ПР}} + \text{ОС}_B, \text{ где:}$$

$\text{ФО}_{\text{СМП}}$ размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей;

$\text{Чз}^{\text{ПР}}$ численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек.

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи, рассчитан дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций по следующей формуле:

$$\text{ДПн}^i = \text{Пн}_{\text{БАЗ}} \times \text{СКД}'_{\text{ИНТ}}, \text{ где:}$$

ДПн^i дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i -той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей;

$\text{СКД}'_{\text{ИНТ}}$ средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, определенный для i -той группы (подгруппы) медицинских организаций.

Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи ранжируются от максимального до минимального значения и объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы ($\text{СКД}'_{\text{ИНТ}}$).

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования скорой медицинской помощи, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{\sum_i (ДПн^i \times Ч_3^i)}{Пн_{БЛЗ} \times Ч_3}, \text{ где:}$$

$Ч_3^i$ численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той группе (подгруппе) медицинских организаций, человек.

На 2020 год устанавливаются следующие половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи:

Возрастная группа	Пол	Значение половозрастного коэффициента дифференциации подушевого норматива
до 1 года	м	2,463
	ж	2,109
1-4 года	м	1,764
	ж	1,482
5-17 лет	м	0,570
	ж	0,560
18-64 года	м	0,621
	ж	0,741
65 лет и старше	м	1,778
	ж	2,479

Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования скорой 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.

При перевыполнении планового объема вызовов пересчет дифференцированного подушевого норматива не производится.

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

Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи и предельный размер финансового обеспечения установлен в Приложении №29.

Тарифы на оплату единиц объема скорой медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи), применяемые в том числе, для осуществления межтерриториальных расчетов установлены в Приложении № 30.

Тарифы на медицинскую помощь включают расходы, определенные пунктом 7 статьи 35 Федерального закона, 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 медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в рамках Территориальной программы ОМС,

независимо от их организационно-правовой формы.

Размеры тарифов, установленных настоящим Тарифным соглашением, 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 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.

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 включенным в базовую программу ОМС (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ – инфекция и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения);

- безрезультатных вызовов скорой медицинской помощи, за исключением смерти до приезда бригады скорой медицинской помощи;

- медицинской помощи незастрахованным и не идентифицированным в системе обязательного медицинского страхования лицам.

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 перитонеального диализа не включается в тариф на оплату медицинской помощи, как направляющей, так и принимающей медицинской организации.

Проведение медицинского наблюдения и контроля за состоянием здоровья лиц, занимающихся спортом и выступающих на соревнованиях в составе сборных команд, оценка уровня их физического развития, выявление состояний и заболеваний, являющихся противопоказаниями к занятиям спортом, не подлежат оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.

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».

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.

4. 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

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС (далее – Контроль) осуществляется страховыми медицинскими организациями и ТФОМС Новгородской области в соответствии с приказом Федерального фонда ОМС от 28.02.2019 № 36 «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 (далее – Перечень оснований) в Приложении № 33.

Общий размер санкций, применяемых к медицинским организациям, рассчитывается в соответствии с пунктом 147 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н.

Виды финансовых санкций, в том числе штрафы, а также их размер, устанавливаются согласно Перечню оснований, действующему на дату окончания случая медицинской помощи.

В случае выявления Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Новгородской области (далее – ТФОМС НО) при проведении повторного контроля нарушений, пропущенных страховой медицинской организацией в ходе медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы контроля качества медицинской помощи, страховая медицинская организация утрачивает право использования финансовых санкций, применяемых к медицинской организации, по своевременно не обнаруженному дефекту медицинской помощи и/или нарушению при оказании медицинской помощи.

Необоснованно оплаченная за медицинскую помощь сумма, определенная актом повторного контроля ТФОМС НО, подлежит возврату медицинской организацией в бюджет ТФОМС НО.

5. Заключительные положения

5.1. Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2020 года и действует до 31 декабря 2020 года включительно.

5.2. Пересмотр тарифов на оплату медицинской помощи производится при изменении законодательных и распорядительных актов, при финансовой возможности в рамках Территориальной программы ОМС и по мере необходимости.

5.3. При необходимости в Тарифное соглашение вносятся изменения в целях мотивации медицинских организаций к регулированию уровня

госпитализации при заболеваниях и состояниях, входящих в определенную КСГ, стимулировании к внедрению конкретных современных методов лечения, коррекции рисков резкого изменения финансирования случаев, отнесенных к отдельным КСГ, с учетом соблюдения принципов «бюджетной нейтральности».

Все изменения в настоящее Тарифное соглашение рассматриваются на заседании Комиссии. Внесение изменений в настоящее Тарифное соглашение производится путем заключения дополнительных соглашений к нему в том же порядке, в котором заключено настоящее Тарифное соглашение.

5.4. Распределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями устанавливается решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования на год с поквартальной разбивкой и обоснованной последующей корректировкой.

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

Страховые медицинские организации и медицинские организации представляют в адрес Комиссии предложения по внесению изменений в объемы предоставления медицинской помощи с приложением обоснования предлагаемых изменений и финансового анализа ежемесячно до 20 числа отчетного месяца.

5.5. 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.

5.6. К настоящему Тарифному соглашению прилагаются и являются его неотъемлемой частью следующие приложения:

Приложение № 1 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2020 год с указанием способов оплаты»;

Приложение № 2 «Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях»;

Приложение № 3 «Предельный размер финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц на 2020 год»;

Приложение № 4 «Дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций на 2020 год»;

Приложение № 5 «Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с иными целями, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2020 год, в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2020 год»;

Приложение № 6 «Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой по поводу заболевания, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2020 год, в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Новгородской области»;

Приложение № 7 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2020 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2020 год»;

Приложение № 8 «Тарифы на проведение диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, на 2020 год»;

Приложение № 9 «Тарифы на проведение диспансеризации взрослого населения на 2020 год»;

Приложение №10 «Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров взрослого населения на 2020 год»;

Приложение №11 «Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних на 2020 год»;

Приложение №12 «Тарифы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) услуг, оказываемых в амбулаторных условиях, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2020 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ»;

Приложение №13 «Тарифы на оплату первичной медико-санитарной помощи, оказанной в центрах здоровья в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2020 год, в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2020 год»;

Приложение №14 «Перечень медицинских организаций, оказывающих стационарную медицинскую помощь, в разрезе уровней оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2020 году»;

Приложение №15 «Перечень КСГ в условиях круглосуточного стационара, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги при проведении оперативного лечения, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2020 год»;

Приложение №16 «Перечень клинико-статистических групп, применяемых для оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара»;

нара и размер коэффициента относительной затратно-емкости на 2020 год»;

Приложение №17 «Перечень клинико-статистических групп круглосуточного стационара, для которых не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи на 2020 год»;

Приложение №18 «Перечень КСГ круглосуточного стационара, к которым применяется понижающий управленческий коэффициент на 2020 год»;

Приложение №19 «Перечень КСГ в условиях круглосуточного стационара, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней»;

Приложение №20 «Правила учета дополнительных классификационных критериев и особенности формирования отдельных КСГ»;

Приложение №21 «Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее»;

Приложение №22 «Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию»;

Приложение №23 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара»;

Приложение №24 «Перечень клинико-статистических групп, применяемых для оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара и размер коэффициента относительной затратно-емкости на 2020 год»;

Приложение №25 «Перечень КСГ дневного стационара, к которым применяется понижающий управленческий коэффициент»;

Приложение №26 «Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию»;

Приложение №27 «Тарифы на оплату медицинских услуг, связанных с проведением заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа, на 2020 год»;

Приложение №28 «Тарифы на оплату видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС на 2020 год»;

Приложение №29 «Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи и предельный размер финансового обеспечения на 2020 год»;

Приложение №30 «Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в том числе оказанную лицам застрахованным на территории других субъектов РФ на 2020 год»;

Приложение №31 «Коэффициенты относительной затратно-емкости, применяемые к базовым тарифам для оплаты диализа на 2020 год»;

Приложение №32 «Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов с численностью обслуживаемого населения и размером финансового обеспечения на 2020 год»;

Приложение № 33 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи 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 в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2020 год».

Подписи Сторон:

Первый заместитель министра здравоохранения
Новгородской области



Р.Х. Ломовцева

Начальник отдела организации обязательного медицинского страхования Территориального фонда обязательного медицинского страхования



С.В. Малашенко

Директор Новгородского филиала Общества с ограниченной ответственностью ВТБ Медицинское страхование



А.В. Захаров

Председатель Новгородской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации

Л.С. Смелова

Президент общественной организации медицинских работников «Медицинская палата Новгородской области»



В.Н. Беркунов