

**Тарифное соглашение
в сфере обязательного медицинского страхования
Новгородской области на 2022 год**

Великий Новгород

20 января 2022 года

1. Общие положения

Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Новгородской области на 2022 год (далее – Тарифное соглашение) разработано и заключено на основании:

Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ);

Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 323-ФЗ);

Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС);

постановления Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» (далее – Базовая программа ОМС);

областного закона Новгородской области от 20.12.2021 № 47-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новгородской области на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов» (далее – областной закон о бюджете ТФОМС НО);

Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленных письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – Методические рекомендации);

других нормативных правовых актов Российской Федерации и Новгородской области.

Предметом Тарифного соглашения являются:

установленные тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС), оказываемой в объеме Территориальной программы обязательного медицинского страхования Новгородской области (далее – Территориальная программа ОМС) медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющими деятельность в сфере ОМС, и наделенными объемами и финансовым обеспечением предоставления 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 заключено между

Правительством Новгородской области в лице заместителя Председателя Правительства Новгородской области Тимофеевой А.В.,

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Новгородской области в лице директора Ивановой М.Б.,

страховыми медицинскими организациями в лице директора Новгородского филиала общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование-ОМС» Антонова А.А.,

Новгородской областной организацией профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Смеловой Л.С.,

общественной организацией медицинских работников «Медицинская палата Новгородской области» в лице президента Беркунова В.Н.,

включенные в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Новгородской области, созданной распоряжением Администрации Новгородской области от 02.02.2012 № 28-рз «О создании комиссии» (в редакции от 03.08.2020 № 250-рз) (далее – Стороны).

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

2. Способы оплаты медицинской помощи

Тарифным соглашением устанавливаются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам:

1) при оплате медицинской помощи, оказанной 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, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной

терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.

В рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при финансовом обеспечении первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи могут выделяться подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «Акушерство и гинекология» и (или) «Стоматология» для оплаты первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи по соответствующим профилям. При этом оплата иной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (за исключением отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, а также молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц), осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, рассчитанному с учетом выделения объемов финансового обеспечения оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «Акушерство и гинекология» и (или) «Стоматология» в отдельные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц. В подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по профилям «Акушерство и гинекология» и (или) «Стоматология» включаются расходы на медицинскую помощь по соответствующим профилям, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели установленного объема профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ;

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

углубленной диспансеризации;

- по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации – при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывая критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее - Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению);

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

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний);

- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении

абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в Приложении № 8;

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

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

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, согласно Приложению № 8;

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;

- за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

Объемы и финансовое обеспечение предоставления медицинской помощи по видам помощи и условиям ее оказания в разрезе медицинских организаций утверждаются решением Комиссии.

В целях обеспечения единых принципов оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории Новгородской области, применяются тарифы, установленные Тарифным соглашением, в пределах объемов и финансового обеспечения предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов и финансового обеспечения 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, осуществляющих деятельность в сфере ОМС и которым решением Комиссии установлен объем и финансовое обеспечение предоставления медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств ОМС в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными Территориальной программой ОМС.

Расчеты за оказанную медицинскую помощь лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, в объеме, установленном Базовой программой ОМС, осуществляет Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новгородской области (далее – Фонд) 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.

Взаимодействие между участниками ОМС осуществляется в соответствии с федеральными и региональными нормативными актами, договорами на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, Организационно-технологическим регламентом информационного обмена в

сфере ОМС Новгородской области, утвержденным приказом министерства здравоохранения Новгородской области и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Новгородской области от 16.07.2021 № 601-Д/211-АХВ (далее – Регламент) и Тарифным соглашением.

2.1. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

2.1.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС по способам оплаты, приведен в Приложении № 1.

2.1.2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями (структурными подразделениями медицинских организаций), имеющими прикрепившихся лиц

2.1.2.1. В подушевой норматив финансирования включаются расходы на оказание первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

- посещения с иными целями, включая проведение осмотра кожных покровов врачом-дерматологом (врачом терапевтом в случае отсутствия в штате медицинской организации врача-дерматолога), а также исследование уровня гликированного гемоглобина в крови (в рамках проведения второго этапа диспансеризации), в том числе выезды мобильных медицинских комплексов, мобильных медицинских бригад;
- профилактические медицинские осмотры (включая первое посещение в году для проведения диспансерного наблюдения);
- диспансеризация первый и второй этапы;
- диспансерное наблюдение граждан, страдающих отдельными видами хронических инфекционных и неинфекционных заболеваний, или имеющих высокий риск их развития;
- посещения в неотложной форме, включая посещения на дому;
- обращения в связи с заболеваниями;
- диагностические исследования, не включенные в перечень отдельных медицинских исследований Тарифного соглашения и выполненные по назначению лечащего врача;
- лабораторные исследования, выполненные по назначению лечащего врача (за исключением тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции COVID-19 методом полимеразной цепной реакции);
- медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий.

2.1.2.2. В подушевой норматив финансирования не включаются расходы на оказание первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

- проведение углубленной диспансеризации, включающей исследования и медицинские вмешательства гражданам, переболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19);
- финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;
- проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции COVID-19 методом полимеразной цепной реакции;
- проведение прочих отдельных диагностических (лабораторных) исследований, включенных в перечень отдельных медицинских исследований Тарифного соглашения (Приложение № 20);
- проведение диализа;
- оказание первичной медико-санитарной помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

2.1.2.3. Оплата за единицу объема при оказании первичной медико-санитарной помощи осуществляется за:

- проведение углубленной диспансеризации, включающей исследования и медицинские вмешательства гражданам, переболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19);
- проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции COVID-19 методом полимеразной цепной реакции;
- проведение прочих отдельных диагностических (лабораторных) исследований, включенных в перечень отдельных медицинских исследований Тарифного соглашения (Приложение № 20);
- проведение диализа;
- оказание первичной медико-санитарной помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

2.1.2.4. Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (за исключением углубленной диспансеризации), включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации

(включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «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», и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»), а также в соответствии с Порядком осуществления выплат медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки (включая целевые значения) (Приложение № 2).

2.1.2.5. Проведение диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, страдающим отдельными видами хронических инфекционных и неинфекционных заболеваний, или имеющим высокий риск их развития, включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение.

2.1.2.6. 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.

2.1.2.7. Граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню, приведенному в Приложении № 3.

Оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи, дополнительно к подушевому нормативу финансирования по тарифам, приведенным в Приложении № 4:

1) За комплексное посещение, включающее исследования и медицинские вмешательства: измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови.

2) За единицу объема в рамках проведения углубленной диспансеризации оплачиваются следующие исследования:

- тест с 6 минутной ходьбой;
- определение концентрации Д - димера в крови;
- проведение эхокардиографии в рамках второго этапа углубленной диспансеризации;
- проведение компьютерной томографии легких в рамках второго этапа углубленной диспансеризации;
- дуплексного сканирования вен нижних конечностей в рамках второго этапа углубленной диспансеризации.

Оплата углубленной диспансеризации за комплексное посещение возможна в случае выполнения всех исследований и медицинских вмешательств, учитываемых при расчете стоимости комплексного посещения. В случае, если отдельные исследования и медицинские вмешательства, учитываемые при расчете стоимости комплексного посещения углубленной диспансеризации, не были выполнены, оплата такого случая дополнительно из средств межбюджетного трансферта не осуществляется.

2.1.3. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями (структурными подразделениями медицинских организаций), не имеющими прикрепившихся лиц

2.1.3.1. Оплата за единицу объема при оказании первичной медико-санитарной помощи осуществляется за:

- посещения с иными целями;
- посещения в неотложной форме, включая посещения на дому;
- обращения в связи с заболеваниями;
- обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»;
- проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы,

эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции COVID-19 методом полимеразной цепной реакции;

- проведение прочих отдельных диагностических (лабораторных) исследований, включенных в перечень отдельных медицинских исследований Тарифного соглашения (Приложение № 20);

- проведение диализа;

- оказание первичной медико-санитарной помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

2.1.3.2. Посещения с иными целями включают:

- разовые посещения в связи с заболеваниями;

- посещения центров здоровья;

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

- посещения центров амбулаторной онкологической помощи;

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

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

- посещения в связи с первичным комплексным посещением врача-гериатра в гериатрическом центре.

2.1.3.3. 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 один раз в отчетном году.

Динамическое наблюдение не осуществляется в день проведения комплексного обследования.

Объем первичной медико-санитарной помощи, оказанной в центрах здоровья, в том числе являющихся структурными подразделениями учебно-научно-исследовательских диспансеров, центров охраны здоровья семьи и репродукции, центров охраны здоровья подростков и центров медицинской профилактики, формируется на основе реестров счетов, заполненных в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и

проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (далее – МКБ-10) по классу XXI «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения» (Z00-Z99).

2.1.3.4. Оплата стоматологической помощи осуществляется по тарифам за посещение, обращение.

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.

2.1.3.5. С целью повышения доступности первичной медико-санитарной помощи, оказываемой жителям сельских населенных пунктов Новгородской области на основании приказа министерства здравоохранения Новгородской области от 30.12.2021 № 1280-Д «О медицинском обследовании с использованием передвижных медицинских комплексов в 2022 году» 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) для мужчин:

| Количество исследований | Наименование исследования/осмотра |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Осмотр терапевта |
| 2 | Осмотр невролога |
| 3 | Осмотр уролога |
| 4 | Осмотр офтальмолога |
| 5 | Клиническая лабораторная диагностика (общий анализ мочи и крови) |
| 6 | Биохимическая лабораторная диагностика (билирубин, сахар, креатинин, общий холестерин) |
| 7 | Исследование крови на ПСА |
| 8 | Электрокардиография |
| 9 | Спирометрия |
| 10 | Ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря (при наличии), поджелудочной железы, почек и/или щитовидной железы |
| 11 | Транскраниальная доплерография и/или дуплексное сканирование брахицефальных артерий |
| 12 | Ультразвуковое исследование предстательной железы |

2) для женщин:

| Количество исследований | Наименование исследования/осмотра |
|-------------------------|-----------------------------------|
| 1 | Осмотр терапевта |
| 2 | Осмотр невролога |

| Количество исследований | Наименование исследования/осмотра |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 | Осмотр акушера-гинеколога |
| 4 | Осмотр уролога |
| 5 | Осмотр офтальмолога |
| 6 | Клиническая лабораторная диагностика (общий анализ мочи и крови) |
| 7 | Биохимическая лабораторная диагностика (билирубин, сахар, креатинин, общий холестерин) |
| 8 | Исследование мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала на цитологическое исследование |
| 9 | Электрокардиография |
| 10 | Спирометрия |
| 11 | Ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря (при наличии), поджелудочной железы, почек и/или щитовидной железы |
| 12 | Транскраниальная доплерография и/или дуплексное сканирование брахицефальных артерий |
| 13 | Ультразвуковое исследование гинекологическое: матки и придатков, и/или молочных желез |

3) для детей:

| Количество исследований | Наименование исследования/осмотра |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Осмотр педиатра |
| 2 | Осмотр офтальмолога |
| 3 | Осмотр травматолога-ортопеда |
| 4 | Клиническая лабораторная диагностика (общий анализ мочи и крови) |
| 5 | Биохимическая лабораторная диагностика (билирубин, сахар, креатинин, общий холестерин) |

Оплата комплексного медицинского обследования вне медицинской организации с использованием передвижных медицинских комплексов осуществляется в размере тарифа при условии выполнения не менее 90% исследований и осмотров.

В случае выполнения менее 90% исследований и осмотров 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.

2.1.3.6. Оплата за комплексное посещение врача-гериатра гериатрического центра осуществляется при выполнении комплексной гериатрической оценки пациента в возрасте старше 60 лет.

Комплексная гериатрическая оценка - диагностический процесс, включающий оценку физического и психоэмоционального статуса,

функциональных возможностей и социальных проблем пожилого человека, с целью разработки плана лечения и наблюдения, направленного на восстановление или поддержание уровня его функциональной активности.

Инструменты, используемые для комплексной гериатрической оценки:

| Область оценки | Компоненты оценки | Инструменты оценки | |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Физическое здоровье | Хронические заболевания | Данные анамнеза и медицинской документации | |
| | Скрининг синдрома старческой астении | Опросник «Возраст не помеха» | |
| | Лекарственная терапия | STOPP/START-критерии и др. шкалы согласно МР 103 «Фармакотерапия у пациентов пожилого и старческого возраста» | |
| | Антропометрия | Измерение роста и веса | |
| | Ортостатическая гипотония | Измерение АД и ЧСС Ортостатическая проба | |
| | Зрение и слух | Таблица Розенбаума Аудиометрия | |
| | Оценка 10-летнего риска остеопоротических переломов | Шкала Фракс | |
| | Хронический болевой синдром | Визуально-аналоговая шкала, шкала PAINAD, нейропатический компонент боли | |
| | Состояние питания | | Индекс массы тела |
| | | | Краткая шкала оценки питания |
| Наличие необходимых вакцинаций | | Данные медицинской документации | |
| Функциональная активность | Базовая функциональная активность | Индекс Бартел | |
| | Инструментальная функциональная активность | Шкала Лоутона | |
| | Мобильность | Тест «Встань и иди» Краткая батарея тестов физического функционирования | |
| | Мышечная сила | Кистевая динамометрия | |

| Область оценки | Компоненты оценки | Инструменты оценки |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Психоэмоциональная сфера | Когнитивные функции | Тест рисования часов Мини-Ког Краткая шкала оценки психического статуса или Монреальская шкала оценки когнитивных функций Батарейка тестов лобной дисфункции |
| | Эмоциональное состояние | Гериатрическая шкала депрессии Шкала оценки здоровья Корнельская шкала депрессии |
| Социальный статус | Семейный статус, наличие супруга/супруги или партнера; круг общения и социальных контактов; жилищные условия; финансовые возможности; рабочая активность, профессия; образование; возможность заниматься привычной деятельностью - уборка дома, приготовление пищи, покупка продуктов и т.д.; потребность в уходе и предпочтения пациентов, связанные с уходом; потеря близких, стрессы, случившиеся в жизни, психологические проблемы, умение справляться с ними и с психологическими проблемами; злоупотребление алкоголем, наркомания у близких, окружающих пациента людей; религиозность; жестокое обращение; безопасность быта. | |

На основании комплексной гериатрической оценки врач-гериатр разрабатывает индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией.

Тариф на оплату комплексного посещения врача-гериатра включает расходы на выполнение общего анализа крови, креатинина, определение тиреотропного гормона, общего белка и альбумина крови, витамина В₁₂, 25-гидроксивитамина Д.

Оплата комплексного посещения врача-гериатра в гериатрическом центре осуществляется 1 раз в отчетном году.

2.1.3.7. Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (далее – Талон).

2.1.3.8. 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.

2.1.3.9. 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.

Условием отнесения посещения к посещению, оказанному в неотложной форме, является оказание застрахованному лицу неотложной медицинской помощи, направленной на устранение либо уменьшение проявлений неотложного состояния с применением на бесплатной основе (за счет средств медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь) лекарственных препаратов, медицинских изделий, расходных материалов либо проведением лабораторных и/или инструментальных диагностических исследований.

После оказания неотложной медицинской помощи больному и устранении либо уменьшении проявлений неотложного состояния больной в соответствии с требованиями Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению направляется к врачу либо участковому врачу передаются сведения о больном для осуществления посещения больного с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и (или) лечения (активное посещение) в течение суток. При необходимости дальнейшего наблюдения и лечения больного в амбулаторных условиях в медицинской организации, оказавшей неотложную медицинскую помощь, формирование случая оказания медицинской помощи производится по правилам, утвержденным Тарифным соглашением (посещение, обращение (законченный случай)), при этом дата оказания неотложной медицинской помощи в обращение (законченный случай) не включается.

2.1.3.10. Тарифным соглашением устанавливаются тарифы за 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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) с учетом применения различных видов и методов исследований систем, органов и тканей человека, обусловленного заболеваемостью населения, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции.

Тариф на 1 (одно) эндоскопическое диагностическое исследование (колоноскопия) рассчитан с учетом затрат необходимых для выполнения анестезиологического пособия по медицинским показаниям.

Патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала - это прижизненное патологоанатомическое исследование в амбулаторных условиях макро- и микроскопических изменений фрагментов тканей и/или органов. Случаем исследования, подлежащем оплате из средств ОМС, следует считать исследование биопсийного (операционного) материала, полученного от пациента в рамках одного посещения, обращения в амбулаторных условиях по поводу одного заболевания, включающее все этапы и дополнительные методы исследования (в случае, если дополнительные методы назначены врачом-патологоанатомом) в соответствии с Правилами проведения патолого-анатомических исследований, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.03.2016 № 179н «О Правилах проведения патолого-анатомических исследований».

При пересмотре гистологического препарата оплата производится за описание представленного из одной зоны интереса биопсийного (операционного) материала вне зависимости от объема и количества.

Все патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала осуществляются в целях выявления, подтверждения или уточнения онкологического заболевания.

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

Проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции осуществляется в случае:

наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в том числе для оценки результатов проводимого лечения;

положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации).

2.1.3.11. Отдельные диагностические (лабораторные) исследования, выполненные в период пребывания пациента в круглосуточном или дневном стационаре, за исключением выполненных в день госпитализации и в день выписки из круглосуточного или дневного стационара, входят в стоимость законченного случая, включенного в соответствующую 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 направлением на проведение и выполнением отдельных диагностических (лабораторных) исследований в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Диагностические (лабораторные) исследования подлежат оплате из средств ОМС при наличии направления на исследование 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 круглосуточного или дневного стационара, при этом клиничко-статистическая группа (далее – КСГ) формируется в соответствии с Методическими рекомендациями.

2.1.3.12. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа.

Коэффициенты относительной затроемкости, применяемые к базовым тарифам для оплаты диализа, приведены в Приложении № 5.

2.1.3.13. Оплата амбулаторной медицинской помощи осуществляется в пределах годового объема и финансового обеспечения предоставления медицинской помощи, установленного Комиссией, по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения:

объем посещений, обращений учитывается в разрезе профилей медицинской помощи;

объем диагностических (лабораторных) исследований учитывается в разрезе каждого подвида исследования.

При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

2.1.3.14. Способ оплаты по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерии соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению.

2.2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

2.2.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в разрезе уровней оказания медицинской помощи приведен в Приложении № 6.

2.2.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, приведен в Приложении № 7.

2.2.3. Перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, приведен в Приложении № 8.

2.2.4. Алгоритм отнесения каждого случая к соответствующей КСГ установлен Методическими рекомендациями.

2.2.5. При определении фактического количества койко-дней пребывания в рамках одного случая лечения в стационарных условиях день поступления и день выписки считается за 1 (один) койко-день.

2.2.6. При определении фактического количества пациенто-дней пребывания в рамках одного случая лечения в условиях дневного стационара осуществляется:

- день поступления и день выписки считаются за 2 (два) дня лечения, за исключением пребывания пациента в дневном стационаре в течение 1 (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.

2.2.7. Оплата медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется в пределах объема и финансового обеспечения предоставления медицинской помощи, установленного Комиссией, по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, в разрезе профилей медицинской помощи и групп высокотехнологичной медицинской помощи:

объем предоставления медицинской помощи учитывается в пределах 1/12 годового объема;

финансовое обеспечение предоставления медицинской помощи учитывается в пределах годового объема.

Оплата медицинской помощи в условиях дневного стационара осуществляется в пределах годового объема и финансового обеспечения предоставления медицинской помощи, установленного Комиссией, в разрезе профилей медицинской помощи.

2.2.8. 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 медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее – Номенклатура), являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

Медицинская помощь в неотложной и экстренной формах, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии в соответствии с установленными способами оплаты.

После оказания в медицинской организации, в том числе федеральной медицинской организации, высокотехнологичной медицинской помощи при наличии показаний пациент может продолжить лечение в той же медицинской 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 ОМС, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов.

В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в Базовую программу ОМС, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования (Приложение № 1 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов), 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.

2.2.9. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»

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).

Отнесение к КСГ, предусматривающей 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 Международного непатентованного наименования (названия) (далее - МНН лекарственного препарата).

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями (далее – ЗНО) (кроме лимфоидной и

кроветворной тканей) формируются на основании кода МКБ-10 и схемы лекарственной терапии.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей формируются на основании кода МКБ-10, длительности и дополнительного классификационного критерия, включающего группу лекарственного препарата или МНН лекарственного препарата.

2.2.10 . Особенности оплаты случаев проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых

Отнесение случаев к группам st19.105 - st19.121 и ds19.080 - ds19.096, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у взрослых (кроме ЗНО кроветворной и лимфоидной ткани), осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (C00 - C80, C97, D00 - D09) и кода схемы лекарственной терапии (sh0001 – sh9003).

За законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, согласно правилам, установленным Методическими рекомендациями.

В случае применения многокомпонентной схемы, в которой в первое введение вводится несколько препаратов, а в последующие введения вводится один препарат, стоимость КСГ рассчитана по принципу усреднения затрат и распределена равномерно между введениями в рамках цикла. В указанных случаях для всех введений должен использоваться одинаковый код схемы.

Отнесение случаев лекарственного лечения с применением схем, не включенных в справочник в качестве классификационного критерия, производится по коду sh9003. Схемы с лекарственными препаратами, не включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, также кодируются по коду sh9003.

В случаях применения sh9003 обязательно проведение экспертизы качества медицинской помощи.

Отнесение случаев к группам КСГ st08.001 - st08.003 и ds08.001 - ds08.003, охватывающим случаи лекарственного лечения ЗНО у детей, производится на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С», кодов Номенклатуры и возраста – менее 18 лет.

Отнесение к КСГ st19.090 - st19.102 и ds19.063 - ds19.078 осуществляется по сочетанию кода МКБ-10 (коды C81 - C96, D45 - D47), кода длительности госпитализации, а также, при наличии, кода МНН или кода анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной

Всемирной организацией здравоохранения, применяемых лекарственных препаратов.

Учитывая, что при ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей в ряде случаев длительность госпитализации может значительно превышать 30 (тридцать) дней предполагается ежемесячная подача счетов, реестров счетов на оплату, начиная с 30 (тридцати) дней с даты госпитализации.

Для каждого случая, предъявляемого к оплате, отнесение к КСГ осуществляется на основании критериев за период, для которого формируется счет. При этом не допускается предъявление к оплате нескольких случаев в течение 30 (тридцати) дней, если перерыв между госпитализациями составлял менее 1 (одного) дня.

Отнесение к КСГ st36.012 и ds36.006 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения» производится, если диагноз относится к классу С, при этом больному не оказывалось услуг, являющихся классификационным критерием (химиотерапии, лучевой терапии, хирургической операции). Данная группа может применяться в случае необходимости проведения поддерживающей терапии и симптоматического лечения.

По КСГ st36.012 и ds36.006 , а также по КСГ st19.090-st19.093 и ds19.063-ds19.066 «ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения» может осуществляться оплата случаев введения медицинской организацией лекарственных препаратов, предоставленных пациентом или иной организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования (за исключением лекарственных препаратов приобретенных пациентом или его представителем за счет личных средств).

2.2.11. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся летальным исходом;
7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной

терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1 - 7) длительностью 3 (три) дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 (трех) дней включительно.

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-10, что и диагноз основного заболевания и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, и не соответствует критериям оплаты случая лечения по 2 (двум) КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию прерванности 2 не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по 2 (двум) КСГ по основаниям 2 - 6 пункта 2.2.14. Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2 - 4.

Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения по основаниям 1 - 7) по КСГ, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основанию 8 и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 (три) дня и менее (≤ 3) приведен в Приложении № 9.

Размеры оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, составляют:

- при длительности лечения до 3 дней – 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения от 3 до 5 дней – 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 5 дней – 80% от стоимости КСГ.

Рассчитанная стоимость прерванного случая лечения округляется по правилам математики до двух знаков после запятой.

2.2.12. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше при злокачественных новообразованиях

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя наименование лекарственных препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае указания в схеме), разовая доза препарата (фиксированная величина или в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в Группировщике КСГ, для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям 1 - 6 раздела 2.2.11. Тарифного соглашения.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям прерванности) в следующих случаях:

1. При условии проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике КСГ;

2. При условии снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (при этом общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии):

- снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией к химиотерапевтическому препарату в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- увеличение интервала между введениями произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

Все остальные случаи (в том числе случаи проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) являются прерванными и оплачиваются в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения.

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).

2.2.13. Особенности оплаты случаев лечения пациентов в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях

Пациентам в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях с целью продолжения лечения, которое начато в возрасте до 18

лет, первичная специализированная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь могут быть оказаны в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь детям по профилю «детская онкология» в случаях и при соблюдении условий, установленных порядком оказания медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Оплата указанных случаев осуществляется в соответствии со следующими правилами:

1. В случае, если пациенту оказывается медицинская помощь в соответствии с классификационными критериями, присутствующими в Группировщике КСГ (в том числе схема лекарственной терапии, хирургическое вмешательство, возрастная группа пациента), оплата осуществляется по КСГ, выбранной по общим правилам отнесения случаев к КСГ.

2. В случае, если пациенту проводится лекарственная терапия, которую невозможно отнести к определенной схеме лекарственной терапии, оплата осуществляется по КСГ по профилю «Детская онкология», выбранной в зависимости от диагноза пациента.

2.2.14. Оплата случаев лечения по двум КСГ

Оплата медицинской помощи, оказываемой пациентам одновременно по двум и более КСГ, осуществляется в следующих случаях:

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным основаниям прерванности.

2. Проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение.

3. Оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации.

4. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара.

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

6. Дорожная госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 (шести) дней и более с последующим родоразрешением.

7. Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия.

8. Проведение первой иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации.

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

Выставление случая только по КСГ st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1 - 3)», без основной КСГ не допускается.

Если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

В стационарных условиях в стоимость КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в медицинской организации, где произошли роды.

Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по КСГ по профилю «Неонатология».

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

2.2.15. Особенности оплаты случаев лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)

Формирование КСГ для оплаты случаев лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) осуществляется по коду МКБ-10 (U07.1 или U07.2) в сочетании с кодами иного классификационного критерия stt1 - stt4, отражающих тяжесть течения заболевания, или stt5, отражающим признак долечивания пациента с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Тяжесть течения заболевания определяется в соответствии с классификацией COVID-19 по степени тяжести, представленной во Временных методических рекомендациях «Профилактика, диагностика и

лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Коэффициенты относительной затроемкости по КСГ st12.016 - st12.018 (уровни 2 - 4), соответствующим случаям среднетяжелого, тяжелого и крайне тяжелого лечения учитывают период долечивания пациента.

Правила оплаты госпитализаций в случае перевода на долечивание:

- в пределах одной медицинской организации – оплата в рамках одного случая оказания медицинской помощи (по КСГ с наибольшей стоимостью законченного случая лечения заболевания);

- в другую медицинскую организацию – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата законченного случая лечения после перевода осуществляется по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)». Оплата прерванных случаев после перевода осуществляется в общем порядке;

- в амбулаторных условиях – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания.

2.2.16. Особенности оплаты случаев лечения по профилю «Офтальмология»

Выполнение косметических процедур за счет средств ОМС не осуществляется. Оплата по КСГ услуги A16.26.046.001 «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 A16.26.046.002 «Эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» и A16.26.047 «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 A16.26.046 «Кератэктомия».

Кодирование медицинского вмешательства по коду услуги A16.26.093 «Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация» возможно только при наличии противопоказаний к имплантации интраокулярной линзы, отраженных в первичной медицинской документации.

Выявление данных случаев осуществляется страховыми медицинскими организациями в рамках проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере ОМС.

2.2.17. Оплата медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов, в модели КСГ дневного стационара предусмотрены КСГ ds02.008 - ds02.011.

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС не осуществляется.

2.2.18. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»

Лечение по профилю «Медицинская реабилитация» производится в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Для КСГ st37.001 - st37.013, st37.021 - st37.023 в стационарных условиях и для КСГ ds37.001 - ds37.008, ds37.015 - ds37.016 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (далее - ШРМ).

При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации. При оценке 4 – 5 – 6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Шкала реабилитационной маршрутизации установлена Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в стационарных условиях с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и

легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

Стоимость КСГ, предусматривающих медицинскую реабилитацию пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (st37.001 - st37.003, ds37.001 - ds37.002) рассчитана с учетом возможности применения ботулинического токсина. При этом введение ботулинического токсина для данных КСГ не является обязательным.

2.2.19. Оплата случаев лечения соматических заболеваний, осложненных старческой астенией

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

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи по данной КСГ также является лечение на геронтологической профильной койке.

2.2.20. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в стационарных условиях, оплата осуществляется за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Коэффициенты относительной затратно-емкости, применяемые к базовым тарифам для оплаты диализа, приведены в Приложении № 5.

К законченному случаю лечения заболевания в стационарных условиях необходимо относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

В период лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара 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.

2.3. Способы оплаты 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.

Расходы на оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации рассчитываются по источникам финансового обеспечения Территориальной программы ОМС в соответствии со следующим алгоритмом:

- расчет планируемого (абсолютного) числа вызовов скорой медицинской помощи как произведение норматива вызовов на численность жителей/застрахованных лиц;

- расчет расходов для выполнения планируемых объемов скорой медицинской помощи как произведение размера финансовых затрат на 1 (один) вызов на планируемое (абсолютное) число вызовов скорой медицинской помощи.

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь в рамках Территориальной программы ОМС, приведен в Приложении № 10.

В реестры счетов на оплату медицинской помощи в обязательном порядке включаются все единицы объема оказанной скорой медицинской помощи по установленным тарифам.

2.4. Способы оплаты диагностических исследований при взаиморасчетах

При отсутствии в медицинской организации возможности проведения диагностических исследований расчеты между медицинскими организациями могут осуществляться через страховые медицинские организации по единым тарифам.

Медицинской организацией, оказавшей медицинскую помощь, составляется реестр счетов в соответствии с Регламентом с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление.

Страховые медицинские организации осуществляют оплату медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи при наличии согласования суммы реестров между медицинской организацией, оказавшей медицинскую помощь, и медицинской организацией, выдавшей направление, подтвержденное подписями руководителей (уполномоченных лиц) медицинских организаций на Акте согласования.

При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации, выдавшей направление, уменьшается на объем средств, перечисленных медицинской организации за оказание медицинской помощи по направлениям, выданным данной медицинской организацией, согласованный между медицинскими организациями и подтвержденный подписями руководителей на Акте согласования.

3. Тарифы на оплату медицинской помощи

Порядок расчета тарифов на оплату медицинской помощи определен в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ и разделом XII Правил ОМС.

Тарифы на медицинскую помощь включают расходы, определенные пунктом 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ, сформированы в соответствии со статьей 30 указанного закона и в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, 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 определяются исходя из объема средств, предусмотренного на финансовое обеспечение организации ОМС на территории Новгородской области, в соответствии с областным законом о бюджете ТФОМС НО.

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.

Структура тарифа за оказание высокотехнологичной 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) без ограничения стоимости 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 предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи (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 ОМС не осуществляется оплата:

- медицинской помощи по заболеваниям и состояниям, не включенным в Базовую программу ОМС (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения);

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

- медицинской помощи лицам не застрахованным и не идентифицированным по ОМС;

- медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной службе.

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 ОМС.

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 сфере ОМС, в соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации, Федеральным законом № 326-ФЗ.

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 сферы ОМС.

3.1. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях

3.1.1. Средний подушевой норматив финансирования ($\text{ФО}_{\text{CP}}^{\text{АМБ}}$) для медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, рассчитан на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, и составляет 4 941,37 рубль (с учетом коэффициента дифференциации 1,010).

Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи ($\text{ПН}_{\text{БАЗ}}$) (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Территориальной программой ОМС нормативами), оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо (с учетом коэффициента дифференциации 1,010) составляет 1 752,31 рубля.

3.1.2. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской организации определяются дифференцированно с учетом коэффициентов уровня медицинской организации, применяемых к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц ($\text{КУ}_{\text{МО}}$),

установленных в Тарифном соглашении для групп медицинских организаций.

Значение коэффициента уровня медицинской организации, применяемого к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, является единым для всех медицинских организаций, и устанавливается в значении 1.

3.1.3. На основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы для медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДП_{Н}^i = ПН_{БАЗ} \times КС_{П/В}^i \times КД_{ОТ}^i \times КУ_{МО}^i \times КД^i, \text{ где:}$$

$ДП_{Н}^i$ дифференцированный подушевой норматив для i -той медицинской организации, рублей;

$КС_{П/В}^i$ коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий половозрастной состав обслуживаемого населения, уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, включая оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, для i -той медицинской организации;

$КД_{ОТ}^i$ коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, иные климатические и географические особенности территории обслуживания населения, включая наличие 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, для i -той медицинской организации;

$КУ_{МО}^i$ коэффициент уровня i -той медицинской организации;

$КД^i$ коэффициент дифференциации для i -той медицинской организации.

3.1.4. В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования, к общему объему средств на оплату медицинской помощи, рассчитывается поправочный коэффициент (далее - ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{ОС_{ПНФ-проф}}{\sum_i (ДП_H^i \times Ч_3^i)},$$

и составляет 0,9311249.

3.1.5. При расчете коэффициента специфики оказания медицинской помощи учитывается половозрастной состав населения в виде половозрастных коэффициентов дифференциации.

Значения коэффициента специфики равны половозрастным коэффициентам дифференциации.

3.1.6. При определении дифференцированных подушевых нормативов финансирования учитывается объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), распределенный для медицинской организации, путем расчета коэффициента:

$$КС_{проф}^i = \frac{ОС_{проф}^i + ОС_{ПНФ-проф}^i}{ОС_{ПНФ-проф}^i}, \text{ где:}$$

$КС_{проф}^i$ коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), для i -той медицинской организации;

$ОС_{проф}^i$ общий объем средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан (за исключением углубленной диспансеризации), порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами, распределенный для i -той медицинской организации решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$ОС_{ПНФ-проф}^i$ объем средств на оплату медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях, за исключением $ОС_{проф}^i$, рублей.

Учитывая, что оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи, объем средств на оплату углубленной диспансеризации не учитывается при расчете $КС_{проф}^i$.

$ОС_{ПНФ-проф}^i$ для i -й медицинской организации рассчитывается по следующей формуле:

$$ОС_{ПНФ-проф}^i = ДП_H^i \times Ч_3 \times ПК.$$

3.1.7. Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для медицинской организации, имеющей прикрепленное население, рассчитывается по формуле:

$$\Phi ДП_{Н}^i = ДП_{Н}^i \times ПК \times КС_{\text{проф}}^i, \text{ где:}$$

$\Phi ДП_{Н}^i$ – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей.

Значение поправочного коэффициента является единым для всех медицинских организаций, осуществляющих оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях, и устанавливается в значении 1.

3.1.8. 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 расчета 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.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования составляют:

| Возрастная группа | Пол | Значение половозрастного коэффициента дифференциации подушевого норматива |
|-------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------|
| до 1 года | м | 6,290 |
| | ж | 6,080 |
| 1 - 4 года | м | 2,541 |
| | ж | 2,449 |
| 5 – 17 лет | м | 1,432 |
| | ж | 1,484 |
| 18 – 64 года | м | 0,557 |
| | ж | 0,887 |
| 65 лет и старше | м | 1,6 |
| | ж | |

3.1.9. Коэффициент дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц ($K_{Дот}$) 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.

Коэффициенты дифференциации составляют:

- 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.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования приведен в Приложении № 11.

3.1.10. Размер базового норматива финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема оказания, составляет (с учетом коэффициента дифференциации 1,010):

- посещениям с профилактическими и иными целями 332,29 рубля;
- профилактические медицинские осмотры 2 036,06 рублей;
- диспансеризация 2 517,43 рубля, в том числе углубленная диспансеризация 1 027,68 рублей;
- посещения в неотложной форме 720,84 рублей;
- обращения в связи с заболеваниями 1 615,80 рублей;
- компьютерная томография 2 567,42 рублей;
- магнитно-резонансная томография 3 610,75 рублей;
- ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы 497,02 рублей;
- эндоскопические исследования 932,53 рубля;
- молекулярно-генетические исследования с целью диагностики онкологических заболеваний 8 255,94 рублей;
- патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии 2 041,51 рубль;
- тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) 606,51 рублей;
- обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» 18 622,78 рубля.

3.1.11. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, составляет (с учетом коэффициента дифференциации 1,010):

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей – 549,29 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей – 1 098,58 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей – 1 740,33 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей – 1 954,25 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий более 2000 жителей – 1 954,25 тыс. рублей.

3.1.12. Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов с численностью обслуживаемого населения и размером финансового обеспечения приведен в Приложении № 12.

3.1.13. Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i -той медицинской организации, рассчитывается следующим образом:

$$OC_{\text{ФАП}}^i = \sum_n (Ч_{\text{ФАП}}^n \times \text{БНФ}_{\text{ФАП}}^n \times \text{КС}_{\text{БНФ}}^n), \text{ где:}$$

$OC_{\text{ФАП}}^i$ объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i -той медицинской организации;

$Ч_{\text{ФАП}}^n$ число фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n -типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению);

$\text{БНФ}_{\text{ФАП}}^n$ базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n -го типа;

$\text{КС}_{\text{БНФ}}^n$ коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации

(для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов определен Программой, устанавливается значение коэффициента равное 1) и составляет 0,5.

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.

В случае, если у фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года, и рассчитывается следующим образом:

$$OC_{\text{ФАП}}^j = OC_{\text{ФАПнг}}^j + \left(\frac{\text{БНФ}_{\text{ФАП}}^j \times \text{КС}_{\text{БНФ}}^j}{12} \times n_{\text{мес}} \right), \text{ где:}$$

$OC_{\text{ФАП}}^j$ фактический размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта;

$OC_{\text{ФАПнг}}^j$ размер средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта с начала года;

$n_{\text{мес}}$ количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

3.1.14. 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.

3.1.15. Тарифы на оплату единиц объема предоставления медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, посещение в неотложной форме, обращение (законченный случай), мероприятия по диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, включающей исследования и медицинские вмешательства гражданам, переболевшим новой

коронавирусной инфекцией (COVID-19), профилактические осмотры отдельных категорий граждан, отдельные диагностические (лабораторные) исследования), применяемые, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, а также взаиморасчетов между медицинскими организациями (раздел 2.4. Тарифного соглашения), приведены в Приложениях №№ 4,13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23.

3.1.16. Размер базовой ставки для оплаты гемодиализа устанавливается в размере 5 949,00 рублей, для оплаты перитонеального диализа в размере 4 640,00 рублей.

Тарифы на оплату услуг диализа с учетом применения различных методов приведены в Приложении № 24.

3.2. Оплата медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

3.2.1. Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке, исключаяющей влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации и коэффициента сложности лечения пациентов, принимающий значения не ниже 65 % от норматива финансовых затрат на 1 (один) случай госпитализации в стационарных условиях, установленного Территориальной программой ОМС, и не ниже 60 % от норматива финансовых затрат на 1 (один) случай лечения в условиях дневного стационара, установленного Территориальной программой ОМС (далее – КП), рассчитан в соответствии с Методическими рекомендациями и установлен в размере:

при оплате специализированной медицинской помощи в стационарных условиях $КП = 0,65$;

при оплате специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара $КП = 0,6$.

3.2.2. Размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара составляет:

24 255,40 рублей (без учета коэффициента дифференциации);

24 497,95 рублей (с учетом коэффициента дифференциации).

3.2.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара составляет:

13 915,62 рублей (без учета коэффициента дифференциации);

14 054,78 рублей (с учетом коэффициента дифференциации).

3.2.4. Стоимость одного случая госпитализации в круглосуточном и дневном стационаре (СС_{КСГ}) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов) определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times (КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + КСЛП), \text{ где:}$$

| | |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| БС | базовая ставка, рублей; |
| КЗ _{КСГ} | коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации; |
| КС _{КСГ} | коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ); |
| КУС _{МО} | коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент; |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Постановление № 462). Данный коэффициент используется в расчетах, в том числе в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации, в том числе для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований. |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП) |

3.2.5. Окончательная стоимость случая лечения в круглосуточном и дневном стационаре, определенная по формуле расчета стоимости КСГ, округляется по математическим правилам до двух знаков после запятой.

3.2.6. Перечень КСГ, применяемых для оплаты медицинской помощи в стационарных условиях и размер коэффициента относительной затратоемкости приведен в Приложении № 25.

3.2.7. Перечень КСГ, применяемых для оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара и размер коэффициента относительной затратоемкости приведен в Приложении № 26.

3.2.8. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи устанавливается для конкретной КСГ. Коэффициент специфики применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней (подуровней) медицинских организаций.

Перечень КСГ круглосуточного и дневного стационара, к которым применяется коэффициент специфики с указанием его значения, приведен в Приложении № 27. В остальных случаях коэффициент специфики устанавливается в значении 1.

3.2.9. Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги, приведен в Приложении № 28.

3.2.10. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи приведены в Приложении № 29.

3.2.11. Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$SS_{КСГ} = BC \times KЗ_{КСГ} \times ((1 - Дзп) + Дзп \times ПК \times КД) + BC \times КД \times КСЛП, \text{ где:}$$

- BC размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;
- $KЗ_{КСГ}$ коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
- $Дзп$ доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (Приложение № 30 Тарифного соглашения);
- ПК поправочный коэффициент оплаты КСГ (интегрированный коэффициент, рассчитываемый на региональном уровне);
- КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462;

КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

3.2.12. Коэффициент уровня медицинской организации ($KУС_{МО}$) отражает разницу в затратах медицинских организаций на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований в медицинских организациях разного уровня, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий.

3.2.13. Значение коэффициента уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в стационарных условиях определено согласно Методическим рекомендациям составляет:

| Уровни (подуровни) | Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи |
|--------------------|------------------------------------------------------------|
| 1 уровень | 0,9 |
| 2 уровень | |
| 2.1 | 0,95 |
| 2.2 | 1,0 |
| 3 уровень | |
| 3.1 | 1,1 |
| 3.2 | 1,3 |
| 3.3 | 1,35 |

3.2.14. Коэффициент уровня медицинских организаций для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, является единым для всех медицинских организаций и устанавливается в значении 1.

3.2.15. К отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющие высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающие (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи (например, аппендэктомия), коэффициент уровня (подуровня) при оплате не применяется (принимается равным 1).

Исчерпывающий перечень таких КСГ в стационарных условиях установлен Приложением № 31.

3.2.16. Коэффициент сложности лечения пациента (далее - КСЛП) устанавливается к отдельным случаям оказания медицинской помощи и учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях. В случае применения КСЛП, указанный критерий в обязательном порядке отражается в реестрах счетов.

КСЛП устанавливается для случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях в соответствии с Приложением № 32.

При отсутствии оснований применения КСЛП значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП.

3.3. Оплата скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации

3.3.1. Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации ($FO_{CP}^{СМП}$) в расчете на одно застрахованное лицо рассчитан на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, и составляет 825,74 рублей (с учетом коэффициента дифференциации 1,010).

3.3.2. Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (ПН_{БАЗ}), рассчитывается исходя из объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо и (с учетом коэффициента дифференциации 1,010) составляет 825,74 рублей.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках Базовой программы ОМС, в том числе скорая (специализированная) медицинская помощь, оказываемая в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи - вызов, за исключением расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

3.3.3. Коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи, рассчитанный в соответствии с Методическими рекомендациями, является единым для всех медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации на территории Новгородской области, и установлен в значении 1.

3.3.4. Размер финансового обеспечения медицинской 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:

$$\Phi O_{\text{СМП}} = \Phi \text{ДПН}^i \times \text{Чз}^{\text{ПР}} + \text{ОС}_B, \text{ где:}$$

$\Phi O_{\text{СМП}}$ 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.

3.3.5. На основе базового 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 медицинских организаций по следующей формуле:

$$\text{ДПН}^i = \text{Пн}_{\text{БАЗ}} \times \text{КС}_{\text{СМП}}^i \times \text{КД}^i, \text{ где:}$$

ДПН^i дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей;

$\text{КС}_{\text{СМП}}^i$ коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи i -той медицинской организацией;

КД^i коэффициент дифференциации i -той медицинской организации.

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

$$\text{ПК} = \frac{\text{Пн}_{\text{БАЗ}} \times \text{Чз} \times \text{КД}}{\sum_i (\text{ДПН}^i \times \text{Чз}_i^i)}, \text{ где:}$$

Чз_i^i численность застрахованных лиц, обслуживаемых i -той медицинской организации, человек.

Значение поправочного коэффициента является единым для всех медицинских организаций, осуществляющих оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации, и устанавливается в значении 1.

3.3.7. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи составляют:

| Возрастная группа | Пол | Значение половозрастного коэффициента дифференциации подушевого норматива |
|-------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------|
| до 1 года | м | 2,075 |
| | ж | 1,956 |
| 1-4 года | м | 1,480 |
| | ж | 1,393 |
| 5-17 лет | м | 0,385 |
| | ж | 0,424 |
| 18-64 года | м | 0,644 |
| | ж | 0,763 |
| 65 лет и старше | м | 2,121 |
| | ж | 2,442 |

3.3.8. 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.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи приведен в Приложении № 33.

3.3.9. Размер базового норматива финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания (вызов скорой медицинской помощи) 2 913,55 рублей (с учетом коэффициента дифференциации 1,010).

3.3.10. Тарифы на оплату единиц объема скорой медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи), применяемые, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, приведены в Приложении № 34.

4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неказание, 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 Фондом в соответствии с Порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления

медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденным приказом Минздрава России от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

В случае выявления по результатам Контроля нарушений при оказании медицинской помощи к медицинской организации применяются санкции, приведенные в Приложении № 35.

Общий размер санкций, применяемых к медицинским организациям, рассчитывается в соответствии с требованиями Правил ОМС.

Виды финансовых санкций, в том числе штрафы, а также их размер, устанавливаются согласно Перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), размеров и условий применения финансовых санкций по результатам Контроля.

В случае выявления Фондом при проведении повторного контроля нарушений, пропущенных страховой медицинской организацией в ходе медико-экономической экспертизы, экспертизы 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 Фонда, подлежит возврату медицинской организацией в бюджет Фонда.

Если стоимость случая, подлежащего неоплате (неполной оплате) не является тарифом, утвержденным Тарифным соглашением, или получена расчетным путем, в том числе с использованием доли оплаты прерванных случаев, то параметр «размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи» следует понимать как сумму, выставленную к оплате по законченному случаю лечения.

Размеры подушевых нормативов финансирования, используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи, составляют:

- 1) скорая медицинская помощь – 844,93 рубля;
- 2) медицинская помощь в амбулаторных условиях:
 - 2.1) посещения с профилактическими и иными целями – 2 011,73 рублей;
 - 2.2) посещения в неотложной форме – 389,25 рублей;
 - 2.3) обращения в связи с заболеваниями – 2 888,56 рублей;
 - 2.4) обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» - 53,45 рубля;
- 3) специализированная медицинская помощь в стационарных условиях – 6 311,51 рублей;

4) медицинская помощь в условиях дневного стационара – 1 606,72 рублей.

5. Заключительные положения

5.1. Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2022 года и действует по 31 декабря 2022 года включительно.

5.2. В Тарифное соглашение вносятся изменения:

при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, в части включения (исключения) медицинских организаций;

в случае необходимости дополнения (исключения) сведений, предусмотренных в разделах 2 и 3 настоящего Тарифного соглашения, для медицинских организаций, объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по которым изменяются;

при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в сфере ОМС;

при внесении изменений в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Минздрава России от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», приводящие к изменению структуры и содержания Тарифного соглашения;

при внесении изменений в Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации решений, приводящих к необходимости внесения изменений в Тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

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

5.4. Распределение объемов и финансового обеспечения предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями устанавливается решением Комиссии на год и обоснованной последующей корректировкой.

Контроль за выполнением медицинскими организациями объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, корректировка и рациональное перераспределение между медицинскими организациями осуществляется Комиссией.

Страховые медицинские организации и медицинские организации представляют в адрес Комиссии предложения по внесению изменений в объемы предоставления и финансового обеспечения 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 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 Российской Федерации.

Подписи Сторон:

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Заместитель Новгородской области | Председателя Правительства Новгородской области | В. Тимофеева |
| Директор Территориального фонда медицинского страхования Новгородской области | обязательного медицинского страхования Новгородской области | М.Б. Иванова |
| Директор Новгородского филиала общества ограниченной «АльфаСтрахование-ОМС» | общества ограниченной ответственностью | А.А. Антонов |
| Председатель организации здравоохранения Российской Федерации | Новгородской профсоюза рабочих областной рабочих | Л.С. Смелова |
| Президент медицинских работников Новгородской области | общественной организации «Медицинская палата Новгородской области» | В.Н. Беркунов |