

**Тарифное соглашение
в сфере обязательного медицинского страхования
Новгородской области на 2024 год**

Великий Новгород

27 декабря 2023 года

1. Общие положения

Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Новгородской области на 2024 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 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» (далее – Базовая программа ОМС);

постановление Правительства Новгородской области от 09.02.2024 № 58 «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» (далее – Территориальная программа ОМС);

областного закона Новгородской области от 18.12.2023 № 445-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новгородской области на 2024 год и плановый период 2025 и 2026 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, направленных письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.02.2024 № 31-2/200 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19.02.2024 № 00-10-26-2-06/2778 (далее – Методические рекомендации);

приказа Минздрава России от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

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 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 неказание, 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» (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, применяемые в Новгородской области

Тарифным соглашением устанавливаются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС в Российской Федерации:

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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

- 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 ОМС;

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

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;

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

профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа

взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

2) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (далее – госпитализация), 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, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

- 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, смерти пациента, 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 № 31, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

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-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

- 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, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, согласно Приложению № 31, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

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 ОМС, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Новгородской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты установлен Приложением № 1.

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 по обязательному медицинскому страхованию, заключаемыми между Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Новгородской области, страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, которым решением Комиссии установлен объем и финансовое обеспечение предоставления медицинской помощи, подлежащий 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 (далее – Регламент) и Тарифным соглашением.

2.1. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

2.1.1. Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения осуществляется вне

подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) 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 21.04.2022 № 275н «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», от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями» и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение».

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.

Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения по стоимости единицы объема медицинской помощи, проводимой в субботу, осуществляется в случае выполнения комплексного посещения в течение одного дня.

Перечень исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья и тарифы, приведен в Приложении № 37.

2.1.2. Граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), в течение года после заболевания вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню, приведенному в Приложении № 2.

Углубленная диспансеризация также может быть проведена по инициативе гражданина, в отношении которого отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Оплата углубленной диспансеризации осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи – комплексное посещение по тарифам, приведенным в Приложении № 3.

Оплата углубленной диспансеризации за комплексное посещение возможна в случае выполнения всех исследований и медицинских вмешательств, учитываемых при расчете стоимости комплексного посещения.

2.1.3. Финансовое обеспечение в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи диспансерного наблюдения пациентов с хроническими заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядками проведения диспансерного наблюдения, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья.

2.1.4. 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 для получения справок и иных медицинских документов, в связи с другими причинами;
- посещения в связи с первичным комплексным посещением врача-гериатра в гериатрическом центре;
- посещения в рамках «Школы для больных сахарным диабетом» (комплексное посещение).

2.1.5. 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 врачебно-физкультурных 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).

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

Оплата оказанной медицинской помощи по профилю «Ортодонтия» для детского населения 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.

2.1.7. 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

Область оценки	Компоненты оценки	Инструменты оценки
	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
Психоэмоциональная сфера	Когнитивные функции	Тест рисования часов Мини-Ког Краткая шкала оценки психического статуса или Монреальская шкала оценки когнитивных функций Батарея 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	

Область оценки	Компоненты оценки	Инструменты оценки
	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.

2.1.8. Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, исходя из установленных Территориальной программой ОМС в соответствии с Базовой программой ОМС территориальных нормативов объема и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для медицинской реабилитации.

При этом комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10 – 12 посещений.

Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации по тарифу, приведенному в Приложении № 4. При этом, по решению лечащего врача консультация отдельных специалистов в рамках комплексного посещения может осуществляться в том числе с использованием телемедицинских технологий (1- 2 посещения).

Оказание медицинской помощи по медицинской реабилитации взрослому населению осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка оказания медицинской реабилитации взрослым», детскому населению в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.10.2019 № 878н «Об

утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей», а также в соответствии с приказом министерства здравоохранения Новгородской области от 01.11.2022 № 1283-Д «Об организации медицинской реабилитации на территории Новгородской области».

2.1.9. 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).

2.1.10. Обращение по поводу заболевания и комплексное посещение по профилю «Медицинская реабилитация» – 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, а также 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.

2.1.11. 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 Приказа № 543н 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.

2.1.12. 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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала) 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.

Патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала - это прижизненное патолого-анатомическое 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 патолого-анатомические 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, на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов) осуществляется в случае:

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

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

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

Тарифы на оплату компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии установлены на исследование одной анатомической области, при этом стоимость исследования учитывает фиксацию результатов исследования на носитель (пленка и/или CD/DVD-диск и/или флеш-карты), в том числе стоимость носителя.

При направлении пациента на исследование двух и более анатомических областей (компьютерную томографию или магнитно-резонансную томографию исследований с контрастом) для оплаты указанных исследований применяется один тариф с контрастом, и один или несколько тарифов без контраста (в зависимости от количества исследованных в один день анатомических зон), при этом в реестре счетов формируется отдельная запись на каждую медицинскую услугу.

В случае выполнения компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии исследования одной анатомической области с контрастированием для оплаты указанного исследования применяется один тариф на исследование с контрастом, при этом нативное исследование (без введения контрастного вещества) этой же анатомической области оплате не подлежит.

Услуги, связанные с проведением позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ-КТ) в диагностических целях с постановкой или подтверждением диагноза злокачественного новообразования и проведением маммографии с использованием систем поддержки принятия врачебных

решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта) на территории Новгородской области не оказываются.

2.1.13. Отдельные диагностические (лабораторные) исследования, выполненные в амбулаторных условиях, подлежат оплате как отдельная медицинская услуга.

В период пребывания пациента в круглосуточном или дневном стационаре отдельные диагностические (лабораторные) исследования 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.

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

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

2.1.15. 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:

объем посещений с иными целями, посещений по неотложной медицинской помощи, обращений, комплексных посещений по

диспансерному наблюдению 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.

2.1.16. Финансовое обеспечение по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерии соответствия их требованиям, установленным Приказом № 543н.

2.1.17. Медицинская помощь в рамках «Школы для больных сахарным диабетом» оплачивается вне подушевого норматива финансирования за единицу объема – комплексное посещение по тарифам, приведенным в Приложении № 6. Комплексное посещение включает в себя от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля (группа 10 человек).

Комплексное посещение в расчете на 1 пациента включает в себя:

- взрослые с сахарным диабетом 1 типа - 5 занятий продолжительностью 4 часа, а также проверка дневников самоконтроля;
- взрослые с сахарным диабетом 2 типа - 5 занятий продолжительностью 3 часа, а также проверка дневников самоконтроля;
- дети и подростки с сахарным диабетом - 10 занятий продолжительностью 2 часа, а также проверка дневников самоконтроля.

Объем медицинской помощи и ее оплата в части ведения школ для больных сахарным диабетом осуществляется при условии соответствия Правилам организации деятельности кабинета «Школа для больных сахарным диабетом» и стандартам оснащения кабинета «Школа для больных сахарным диабетом», утвержденных приказом Минздрава России от 13.03.2023 № 104н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология».

2.1.18. Доабортное консультирование беременных женщин, включая консультацию психолога, в целях профилактики прерывания беременности, осуществляемое в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденным приказом Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н, оплачивается за счет средств ОМС как профилактическое посещение к акушеру-гинекологу.

Медико-психологическое консультирование медицинскими психологами женщин в период беременности, родов и послеродовой период

по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в Базовую программу ОМС, оплачивается за счет средств ОМС.

Расходы на правовую, психологическую и медико-социальную помощь беременным женщинам не учитываются в стоимости Территориальной программы ОМС и оплачиваются за счет средств родовых сертификатов.

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

2.2.1. Перечень групп заболеваний, состояний для оплаты первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в условиях дневного стационара и специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях приведен в Приложении № 4 к Базовой программе ОМС.

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

2.2.3. 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.

2.2.4. 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.

2.2.5. Оплата медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара 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 в разрезе профилей медицинской помощи и групп высокотехнологичной медицинской помощи.

2.2.6. К прерванным случаям оказания медицинской помощи (далее – прерванный случай) относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

2. случаи прерывания 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 прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;

6. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (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, изложенным в подпунктах 1 – 7 пункта 2.2.6.) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно;

9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, а также случаев лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.016 – ds12.021 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Базовой программой ОМС и расшифровкой клинико-статистических групп заболеваний для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (далее – «Группировщик»).

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, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации/лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится. Таким образом, 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.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2 – 9 пункта 2.2.10. Тарифного

соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2 – 4 пункта 2.2.6.

Законченный случай оказания медицинской помощи по КСГ, приведенным в Таблице 1 Приложения № 31, не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, за исключением основания, связанного с проведением лекарственной терапии при ЗНО не в полном объеме, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 7 и 9 пункта 2.2.6., оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

2.2.7. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов в возрасте 18 лет и старше

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), разовую дозу препарата (фиксированная величина или разовая доза 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 «Группировщиках», для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1 - 6 пункта 2.2.6. Тарифного соглашения.

В случае снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» в «Группировщиках» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии) схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии

оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 4.1 данного раздела рекомендаций):

- снижение дозы произведено согласно инструкции по применению к химиотерапевтическому препарату или в соответствии с клиническими рекомендациями, в том числе в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- возможность смещения интервала между введениями предусмотрена клиническими рекомендациями, либо необходимость смещения возникла в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Для остальных случаев (в том числе случаев проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) классификационным критерием отнесения к КСГ служит схема sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1 - 6 пункта 2.2.6. Тарифного соглашения.

Также схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.2.6. Тарифного соглашения) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

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.

2.2.8. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D)

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D) (далее - ХВГ) включает в себя: наименование лекарственных препаратов, лекарственную форму, режим дозирования количество дней введения, а также способ введения (в случае указания в схеме).

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.2.6. Тарифного соглашения) в случае проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

2.2.9. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, способ введения, количество дней введения для инъекционных форм или дней приёма для таблетированных форм, разовую дозу препарата, форму выпуска для препаратов, чей способ введения не меняется в зависимости от формы выпуска, а также слова «поддерживающая терапия» для всех МНН, кроме тех, применение которых не подразумевает выделения этапов инициации и поддерживающей терапии. Для МНН, применение которых не предусматривает этап инициации, как первое введение, так и последующие оплачиваются по КСГ «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1-20)».

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме, в том числе при длительности лечения 3 дня и менее, если она выполнена в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе), а также при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.2.6. Тарифного соглашения.

2.2.10. Оплата случаев лечения по двум и более КСГ

Медицинская помощь, оказываемая 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 пунктом 2.2.6. основаниям;

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 (например, удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));

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

6. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;
- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;
- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;
- O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;

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

8. Проведение 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, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)» с пересекающимися сроками лечения не допускается.

При оплате случая оказания медицинской помощи по двум КСГ проводится медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества

медицинской помощи (при необходимости) по каждому случаю оплаты в соответствии с 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».

2.2.11. Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту

В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи с применением метода лечения, включенного в Перечень видов ВМП (приложение № 1 к Базовой программе ОМС), либо после оказания высокотехнологичной медицинской помощи определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения как для специализированной, так и для высокотехнологичной медицинской помощи, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

Если пациенту в момент оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «неонатология» или «детская хирургия в период новорожденности» определяются показания к проведению иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции, то данный случай оплачивается по двум (нескольким) тарифам: в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и по соответствующей КСГ в рамках специализированной медицинской помощи. Кратность применения КСГ «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции» должна соответствовать количеству введений паливизумаба для проведения иммунизации за весь период госпитализации.

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, при оказании детям специализированной либо высокотехнологичной медицинской помощи и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля,

имеющим необходимые лицензии в соответствии с установленными способами оплаты.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ-10, модели пациента, вида и метода лечения аналогичным параметрам, установленным перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи (Приложение N 1 к Базовой программе ОМС), содержащего, в том числе, методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее - Перечень ВМП).

Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в Базовую программу ОМС, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Базовой программой ОМС. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню ВМП, 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.

2.2.12. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»

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

Для КСГ st37.001 - st37.013, st37.021 - st37.026 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) в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых». При оценке 2 балла по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 балла по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в Новгородской области. При оценке 4 – 5 – 6 баллов по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

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, требующих продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем служит оценка степени тяжести заболевания, определяющая сложность и условия проведения медицинской реабилитации. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок может получать медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

Стоимость КСГ, предусматривающих медицинскую реабилитацию пациентов с заболеваниями центральной нервной системы и заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы установлена с учетом плановой длительности случая реабилитации. Случай реабилитации по КСГ (st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026) длительностью менее предусмотренного соответствующим классификационным критерием значения является прерванным и оплачивается в соответствии с пунктом 2.2.6. Тарифного соглашения.

В стоимости КСГ учтены затраты связанные с применением роботизированных систем и введением ботулинического токсина, при этом применение роботизированных систем и/или введение ботулинического токсина для КСГ не является обязательным.

Оплата первого этапа медицинской реабилитации осуществляется с использованием коэффициента сложности лечения пациентов.

Данный коэффициент предусматривает оплату реабилитационных мероприятий при проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5-ти суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации).

КСЛП «Проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов» применяется один раз к случаю лечения, в том числе в случае, если оплата случая лечения осуществляется по двум КСГ.

2.2.13. Оплата случаев лечения по профилю «Акушерство и

гинекология»

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».

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.

2.2.14. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии онкологических заболеваний 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, предусматривающим хирургическое лечение, осуществляется по коду МКБ-10 и коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой.

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

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).

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, количеству дней проведения лучевой терапии (фракций) и Международного непатентованного наименования (названия) (далее - МНН лекарственных препаратов).

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.

При назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии).

2.2.15. Особенности оплаты случаев проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований

Отнесение случаев к группам st19.144 - st19.162 и ds19.116 - ds19.134, 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 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, D45 - D47», 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 дней, предполагается ежемесячная подача счетов на оплату, начиная с 30 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 дней, если перерыв между госпитализациями составлял менее 1 дня (дата начала следующей госпитализации следовала сразу за датой выписки после предыдущей госпитализации).

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).

2.2.16. 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 новой коронавирусной инфекции 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 затратоемкости 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.

2.2.17. Особенности оплаты случаев лечения по профилю «Офтальмология»

Выполнение косметических процедур за счет средств ОМС не осуществляется.

Оплата по КСГ услуги А16.26.046.001 «Эксимерлазерная фототерапевтическая кератэктомия» осуществляется только при лечении эрозии, язвы роговицы, кератита, помутнения роговицы, возникшего вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности компенсации вызванной ими иррегулярности роговицы с помощью очковой или контактной коррекции, услуг А16.26.046.002 «Эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» и А16.26.047 «Кератомилез» – при коррекции астигматизма или иррегулярности роговицы, возникших вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности их компенсации с помощью очковой или контактной коррекции. Аналогичные принципы применяются для медицинской услуги А16.26.046 «Кератэктомия».

Кодирование медицинского вмешательства по коду услуги А16.26.093 «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.

2.2.18. Особенности оплаты 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.

2.2.19. Особенности оплаты лекарственной терапии при хронических вирусных гепатитах в дневном стационаре

Оплата случаев лекарственной терапии по поводу хронического вирусного гепатита С (ХВГС) и хронического вирусного гепатита В с дельта агентом (далее – ХВГD) осуществляется в соответствии со схемами лекарственной терапии.

Для оплаты лекарственной терапии ХВГС сформированы 13 схем лекарственной терапии с установленной длительностью одной госпитализации 28 дней, отнесенные к одной из четырех КСГ для оплаты случаев медицинской помощи при данном заболевании.

Отнесение к той или иной КСГ случаев лекарственной терапии ХВГС осуществляется только по сочетанию кода диагноза по МКБ-10 и иного классификационного критерия "thc", отражающего применение определенной схемы лекарственной терапии.

Для оплаты случаев лекарственной терапии при ХВГD сформированы 2 схемы лекарственной терапии с установленной длительностью одной госпитализации 30 дней. Отнесение к КСГ случаев лекарственной терапии ХВГD осуществляется исключительно по сочетанию кода диагноза по МКБ - 10 и иного классификационного критерия «thbd», отражающего применение одной из схем лекарственной терапии при оказании медицинской помощи при данном заболевании.

В рамках КСГ ds12.020 осуществляется оплата случаев лекарственной терапии хронического вирусного гепатита В без дельта агента (далее – ХВГВ), при назначении противовирусной терапии лекарственными препаратами группы нуклеоз(т)идов (A25.14.008.002 - назначение нуклеозидов и нуклеотидов - ингибиторов обратной транскриптазы при хроническом вирусном гепатите В) с установленной длительностью одной госпитализации 30 дней.

Длительность полного курса лекарственной терапии хронических вирусных гепатитов С, D и В, определяется соответствующими клиническими рекомендациями и инструкцией по медицинскому применению тех или иных лекарственных препаратов.

Критерии оказания медицинской помощи больным с гепатитом С в условиях дневного стационара и стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями, оплата которой осуществляется за счет средств ОМС, утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.02.2023 № 70н.

2.2.20. Патолого-анатомические вскрытия (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего

человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи осуществляются в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу, в указанных медицинских организациях.

При этом возмещение расходов медицинской организации, имеющей в своей структуре патолого-анатомическое отделение, на проведение патолого-анатомических вскрытий осуществляются в рамках оплаты прерванного случая госпитализации по соответствующей клинико-статистической группе заболеваний/состояний.

При проведении патолого-анатомических вскрытий пациентов, умерших в стационаре медицинских организаций, в которых отсутствует патолого-анатомическое отделение, оплата патолого-анатомических вскрытий осуществляется по тарифам, предусмотренным для проведения межучрежденческих взаиморасчетов.

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 и за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи.

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.

3. Размер и структура тарифов 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 (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, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, 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 (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 400 тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и

инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств ОМС.

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 (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 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.

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. 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 дифференцированных подушевых нормативов 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.

3.1.2. Виды медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (медицинская помощь, оказанная в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц):

- посещения с иными целями (за исключением стоматологической медицинской помощи), включая проведение осмотра кожных покровов врачом-дерматологом (врачом терапевтом в случае отсутствия в штате медицинской организации врача-дерматолога), в том числе выезды мобильных медицинских комплексов, мобильных медицинских бригад;

- посещения в неотложной форме (за исключением стоматологической медицинской помощи), включая посещения на дому;

- обращения в связи с заболеваниями (за исключением стоматологической медицинской помощи);

- диагностические исследования, выполненные по назначению лечащего врача и не включенные в перечень отдельных медицинских исследований Тарифного соглашения, установленный Приложениями №№ 18, 19;

- лабораторные исследования, выполненные по назначению лечащего врача (за исключением тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции COVID-19 методом полимеразной цепной реакции) и не включенные в перечень отдельных медицинских исследований Тарифного соглашения, установленный Приложениями №№ 18, 19;

- медицинская помощь с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, в том числе в референс-центрах;

- проведение консультирования медицинским психологом по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и/или состоянием, включенным в Базовую программу ОМС: пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период.

3.1.3. Виды медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц:

- посещения с иными целями;

- посещения в неотложной форме, включая посещения на дому;

- обращения в связи с заболеваниями, в том числе диспансерное наблюдение детей, за исключением проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

- профилактические медицинские осмотры и диспансеризация (в том числе II этап), в том числе углубленная диспансеризация (в том числе II этап), диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин (в том числе II этап), диспансеризация детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

- диспансерное наблюдение отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также диспансерное наблюдение детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

- комплексные посещения по профилю «Медицинская реабилитация»;

- отдельные диагностические (лабораторные) исследования - компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции;

- прочие отдельные диагностические (лабораторные) исследования, включенные в перечень отдельных медицинских исследований Тарифного соглашения (Приложение № 19);

- проведение диализа;

- медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС.

3.1.4. Виды медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц:

- стоматологическая медицинская помощь;

- финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов;

- профилактические медицинские осмотры и диспансеризация (в том числе II этап), в том числе углубленная диспансеризация (в том числе II этап), диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин (в том числе II этап), диспансеризация детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

- диспансерное наблюдение отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также

диспансерное наблюдение детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

- отдельные диагностические (лабораторные) исследования - компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции;

- прочие отдельные диагностические (лабораторные) исследования, включенные в перечень отдельных медицинских исследований Тарифного соглашения (Приложение № 19);

- проведение диализа;

- медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС.

3.1.5. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС составляет 6 365,1 рублей (с учетом коэффициента дифференциации 1,000).

Установленный средний размер финансового обеспечения не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Новгородской области.

Подушевой норматив финансирования (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому) на прикрепившихся лиц включает, в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, в том числе в референс-центрах, проведение консультирования медицинским психологом по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и/или состоянием, включенным в Базовую программу ОМС: пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период.

3.1.6. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС (ФО_{СР}^{АМБ}) составляет 6 604,45 рублей.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи на прикрепившихся лиц (ПН_{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 1,000) на 2024 год составляет 1 705,57 рублей.

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

$$ДП_{Н}^i = ПН_{БАЗ} \times КД_{пв}^i \times КД_{ур}^i \times КД_{зп}^i \times КД_{от}^i \times КД^i, \text{ где:}$$

- ДП_Нⁱ дифференцированный подушевой норматив, для i-той медицинской организации, рублей;
- КД_{пв}ⁱ коэффициент половозрастного состава, для i-той медицинской организации;
- КД_{ур}ⁱ коэффициент уровня расходов медицинских организаций, для i-той медицинской организации (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации) (при необходимости);
- КД_{зп}ⁱ коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i-той медицинской организации (при необходимости);
- КД_{от}ⁱ коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, для i-той медицинской организации;
- КДⁱ коэффициент дифференциации i-той медицинской организации.

3.1.8. При расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц применяются следующие коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования:

1) коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных

в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (далее – $KD_{от}$) (рассчитываются в соответствии с пунктом 3.1.10.);

2) коэффициенты половозрастного состава (далее – $KD_{пв}$); (рассчитываются в соответствии с пунктом 3.1.11.);

3) коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации) (далее – $KD_{ур}$);

4) коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации (далее – $KD_{зп}$).

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

Коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала составляют:

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

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек – 1,04.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования приведен в Приложении № 7.

3.1.10. Коэффициенты половозрастного состава ($KD_{пв}$) составляют:

Возрастная группа	Пол	Значение коэффициента половозрастного состава
до 1 года	м	8,088
	ж	7,015
1 - 4 года	м	2,971
	ж	2,782
5 – 17 лет	м	1,587
	ж	1,555
18 – 64 года	м	0,524
	ж	0,901

Возрастная группа	Пол	Значение коэффициента половозрастного состава
65 лет и старше	м	1,6
	ж	

3.1.11. Значение коэффициентов уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации) ($K_{Д_{ур}}$) и достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации ($K_{Д_{зп}}$), применяемых к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, является единым для всех медицинских организаций, и устанавливается в значении 1.

3.1.12. 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 № 8.

3.1.13. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, услуга диализа, посещение, обращение (законченный случай), комплексные посещения), применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Новгородской области лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, а также взаиморасчетов между медицинскими организациями (раздел 2.4. Тарифного соглашения), приведены в Приложениях №№ 3, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 37.

3.1.14. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, определяется доля средств от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности с учетом бальной оценки.

Размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования определяется по следующей формуле:

$$ОС_{\text{ПН}} = ДП_{\text{Н}}^i \times Ч_3^i + ОС_{\text{РД}}, \text{ где:}$$

- $ОС_{\text{ПН}}$ финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, рублей;
- $ДП_{\text{Н}}^i$ дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей;
- $ОС_{\text{РД}}$ объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке (далее – объем средств с учетом показателей результативности), рублей.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций проводится Комиссией не реже одного раза в квартал.

Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности производится по итогам года.

Размер средств ($ОС_{\text{РД}}$), направляемых на осуществление выплат стимулирующего характера всем медицинским организациям, имеющим прикрепившихся к медицинским организациям застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц, составляет 5 085 286,18 рубль в год или 0,5 процентов от базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи.

Перечень показателей результативности, значения показателей результативности деятельности медицинских организаций, методика расчета показателей результативности медицинских организаций при выполнении Территориальной программы ОМС, финансируемых по подушевому нормативу финансирования, и порядок применения показателей результативности и расчета объема средств, направляемых в медицинские организации по итогам оценки достижения показателей результативности деятельности медицинских организаций, приведены в Приложениях № 21, 22.

Оценка медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью выплат стимулирующего характера, осуществляется Комиссией на основании данных, представленных в адрес Комиссии:

- Территориальным фондом обязательного медицинского страхования

Новгородской области - об исполнении показателей результативности по пунктам 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 Блока 1, по пунктам 16, 17, 18, 19, 20 Блока 2, по пунктам 23, 24 Блока 3 показателей результативности, приведенных в Приложении № 21;

- министерством здравоохранения Новгородской области об исполнении показателей результативности по пункту 6 Блока 1, по пункту 15 Блока 2, по пунктам 21, 22, 25 Блока 3 показателей результативности, приведенных в Приложении № 21.

Решением Комиссии устанавливается:

- перечень медицинских организаций, достигших целевые значения показателей по Блоку 1, Блоку 2, Блоку 3, приведенных в Приложении № 21;

- общий объем средств, подлежащий направлению каждой медицинской организации за достижение целевых значений показателей результативности;

- объем средств, подлежащий направлению j-той страховой медицинской организацией в i-ую медицинскую организацию, достигшую целевые значения показателей результативности.

3.1.15. Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия (несоответствия) требованиям, установленным приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – Приказ № 543н), составляет (с учетом коэффициента дифференциации 1,000):

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей – 615,25 тыс. рублей;

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 101 до 900 жителей – 1 230,5 тыс. рублей;

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 901 до 1500 жителей – 2 460,9 тыс. рублей;

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1501 до 2000 жителей – 2 907,1 тыс. рублей;

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий более 2000 жителей – 2 907,1 тыс. рублей.

Для определения размера финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов установлен коэффициент уровня к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта:

для обслуживающих до 100 жителей, установлен понижающий коэффициент к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей, равный 0,5;

для обслуживающих свыше 2000 жителей, установлен повышающий коэффициент к размеру финансового обеспечения фельдшерского

здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей, равный 1,0.

Отдельный повышающий коэффициент, рассчитываемый с учетом доли женщин репродуктивного возраста, учитывается в составе коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом № 543н, и составляет 1.

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

$$ОС_{ФАП}^i = \sum_n (Ч_{ФАП}^n \times БНФ_{ФАП}^n \times КС_{БНФ}^n), \text{ где:}$$

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

$Ч_{ФАП}^n$ число фельдшерских здравпунктов, 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);

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

$КС_{БНФ}^n$ коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом № 543н (в том числе с учетом расчетного объема средств на оплату консультаций, связанных с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, аборт и инфекций, передаваемых половым путем).

В случае, если критерии не соответствуют требованиям, установленным Приказом № 543н, коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации ($КС_{БНФ}^n$), составляет 0,5.

В случае, если у фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, 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 здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта;
- $OC_{\text{ФАПнг}}^j$ размер средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта с начала года;
- $n_{\text{МЕС}}$ количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

3.1.16. Перечень фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов с численностью обслуживаемого населения и размером финансового обеспечения приведен в Приложении № 23.

3.1.17. Оплата медицинской помощи, оказанная в амбулаторных условиях фельдшерскими здравпунктами, фельдшерско-акушерскими пунктами осуществляется страховыми медицинскими организациями ежемесячно с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с нормативом финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций, численности обслуживаемого населения на каждое 1 число отчетного месяца, а также факта соответствия требованиям Приказа № 543н.

Финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов ежемесячно включается в счета медицинских организаций в разрезе страховых медицинских организаций в размере 1/12 от годовой суммы.

Финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов по Новгородскому филиалу общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование-ОМС» составляет 63,9% от общей суммы, по Новгородскому филиалу акционерного общества «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» - 36,1%.

3.1.18. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся

лиц осуществляется страховыми медицинскими организациями ежемесячно с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с дифференцированным подушевым нормативом финансирования медицинской помощи и численности прикрепленного населения на каждое 1 число отчетного месяца.

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

3.2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программы ОМС составляет (с учетом коэффициента дифференциации 1,000):

в стационарных условиях 7 114,3 рублей;

в условиях дневного стационара 1 691,1 рублей.

Установленный средний размер финансового обеспечения не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Новгородской области.

3.2.2. 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:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КД_{ЗП} + БС \times КД^* \times КСЛП,$$

где:

БС	базовая ставка, рублей;
$КЗ_{КСГ}$	коэффициент относительной затратно-емкости КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
$КС_{КСГ}$	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
$КУС_{МО}$	коэффициент уровня (подуровня) 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), установлен в размере 1,000;

КД_{зп} коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации;

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

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации (КД_{зп}), для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, является единым для всех медицинских организаций и устанавливается в значении 1.

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

$$CC_{КСГ} = BC \times KЗ_{КСГ} \times \left((1 - Дзп) + Дзп \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КД_{зп} \times КД \right) + BC \times КД^* \times КСЛП, \text{ где:}$$

BC базовая ставка, рублей;

КЗ_{КСГ} коэффициент относительной затроемкости КСГ, в соответствии с перечнем, приведенным в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

Дзп доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (Приложение № 24 Тарифного соглашения);

КС_{КСГ} коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КУС_{МО} коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462;
КД _{зп}	коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации;
КСЛП	коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации (КД_{зп}), для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, является единым для всех медицинских организаций и устанавливается в значении 1.

3.2.4. Расчет базовой ставки осуществляется отдельно для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Размер базовой ставки с учетом единого коэффициента дифференциации в стационарных условиях составляет 65 % от норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации, а в условиях дневного стационара – 60 % от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения, установленного для специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в соответствующих условиях оказания медицинской помощи (за исключением медицинской реабилитации) в рамках Территориальной программы ОМС.

Размер средней стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях составляет:

28 003,89 рубля (без учета коэффициента дифференциации);

28 003,89 рубля (с учетом коэффициента дифференциации).

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

16 025,94 рублей (без учета коэффициента дифференциации);

16 025,94 рублей (с учетом коэффициента дифференциации).

3.2.5. Перечень КСГ, в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в составе Базовой программы ОМС с

указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ, в соответствии с перечнем, приведенным в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, приведен в Приложениях №№ 25, 26.

3.2.6. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи (далее – коэффициент специфики) 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.

3.2.7. Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций (КУС_{МО}) (далее - коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи) 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.

Значение коэффициента уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в стационарных условиях определено согласно Методическим рекомендациям и 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

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

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в разрезе уровней (подуровней) оказания медицинской помощи установлен Приложением № 28.

К отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющим высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающим (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в медицинских организациях различных уровней оказания помощи

(например, при аппендэктомии), коэффициент уровня (подуровня) при оплате таких случаев госпитализации/лечения оказания медицинской помощи при оплате не применяется (принимается равным 1).

Исчерпывающий перечень КСГ, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня), установлен Приложением № 29.

3.2.8. 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 № 30.

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

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

Стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» в составе случая лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара определяется без учета коэффициента дифференциации.

При расчете тарифа на оплату медицинской помощи значения коэффициентов сложности лечения пациента применяются к размеру базовой ставки, скорректированному с учетом коэффициента дифференциации.

Обоснованность предъявления на оплату и формирования стоимости случая медицинской помощи с КСЛП подлежит обязательному экспертному контролю СМО, в том числе оценивается обоснованность применения коэффициентов.

В случае применения КСЛП при наличии у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболевания, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента, проводится экспертиза качества медицинской помощи в соответствии с 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».

3.2.9. Размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи составляет:

а) если выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия:

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

б) если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости КСГ.

КСГ, при которых выполняются хирургические вмешательства и (или) проводится тромболитическая терапия, приведены в Таблице 2 Приложения № 31.

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

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

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

При этом в период лечения, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. В случае, если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

В случаях, если пациенту, получающему услуги диализа в амбулаторных условиях, в медицинской организации по решению диализной комиссии требуется госпитализация в дневной или круглосуточный стационар иной медицинской организации, оплата услуг диализа и оплата по КСГ осуществляются отдельно без учета пересечения сроков лечения.

3.2.11. Перечень КСГ, по которым оплата законченных случаев оказания медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее приведен в Таблице 1 Приложения № 31.

3.2.12. Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, приведен в Таблице 2 Приложения № 31. Таким образом, прерванные случаи лечения по КСГ, не входящим в Таблицу 2 Приложения № 31, не могут быть оплачены с применением вышеуказанных диапазонов уменьшения размеров оплаты прерванных случаев (80% и 100% соответственно).

3.2.13. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной

медицинской помощи приведены в Приложении № 32.

3.2.14. Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги, приведен в Приложении № 33.

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

3.3. Оплата скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации

3.3.1. Медицинская помощь, оказанная лицам, застрахованным на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, осуществляется по подушевому нормативу финансирования.

3.3.2. Медицинская помощь, оказанная лицам, застрахованным за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, осуществляется вне подушевого норматива финансирования.

3.3.3. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программой ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС составляет 1 032,3 рублей (с учетом коэффициента дифференциации 1,000).

Установленный средний размер финансового обеспечения не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Новгородской области.

3.3.4. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС (ФО_{ср}^{СМП}), на 2024 год составляет 1 026,95 рублей.

Базовый (средний) 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 1,000) на 2024 год составляет 1 035,64 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 скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой 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.

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

$$ДПН^i = ПН_{БАЗ} \times КД_{ПВ}^i \times КД_{УР}^i \times КД_{ЗП}^i \times КД^i, \text{ где:}$$

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

$КД_{ПВ}^i$ коэффициент половозрастного состава;

$КД_{УР}^i$ коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации), для i -той медицинской организации (при необходимости);

$КД_{ЗП}^i$ коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i -той медицинской организации (при необходимости);

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

Коэффициент уровня расходов медицинских организаций ($КД_{УР}^i$), коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения ($КД_{ЗП}^i$) установлен в значении 1.

3.3.6. Коэффициенты половозрастного состава ($КД_{ПВ}^i$) составляют:

Возрастная группа	Пол	Значение коэффициента половозрастного состава
до 1 года	м	2,748
	ж	2,153

Возрастная группа	Пол	Значение коэффициента половозрастного состава
1 - 4 года	м	1,357
	ж	1,229
5 - 17 лет	м	0,523
	ж	0,540
18 - 64 года	м	0,664
	ж	0,722
65 лет и старше	м	1,986
	ж	2,332

При расчете фактического дифференцированного подушевого норматива коэффициент половозрастного состава ($КД_{ПВ}^i$) установлен в значении 1.

3.3.7. Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива, численности застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, а также объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов по следующей формуле:

$$ФО_{СМП} = ДПн^i \times Чз^{ПР} + ОС_{В}, \text{ где:}$$

$ФО_{СМП}$ размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей;

$Чз^{ПР}$ численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек;

$ОС_{В}$ объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам за вызов, рублей.

3.3.8. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, по подушевому нормативу финансирования осуществляется страховыми медицинскими организациями ежемесячно с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с дифференцированным подушевым нормативом финансирования скорой медицинской помощи и численности застрахованных лиц на каждое 1 число отчетного месяца.

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

Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой

медицинской помощи приведен в Приложении № 34.

3.3.9. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов) применяемые, в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, приведены в Приложении № 35.

4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организацией на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС (далее – Контроль) осуществляется страховыми медицинскими организациями и 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 № 36.

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:

- в амбулаторных условиях:
 - с 01.01.2024 - 7 005,6 рублей;
 - с 01.03.2024 – 7 073,0 рубля;
- при оплате скорой медицинской помощи вне медицинской организации 1 060,6 рублей;
- в стационарных условиях, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи:
 - с 01.01.2024 - 7 356,75 рублей;
 - с 01.03.2024 – 7 611,7 рублей;
- в условиях дневного стационара, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи:
 - с 01.01.2024 – 1 882,45 рубля;
 - с 01.03.2024 – 1 948,6 рублей.

5. Заключительные положения

5.1. Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2024 года и действует по 31 декабря 2024 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 10.02.2023 № 44н «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 Председателя
Новгородской области

Правительства

А.В. Тимофеева

Директор Территориального фонда обязательного
медицинского страхования Новгородской области

М.Б. Иванова



Директор Новгородского филиала общества с
ограниченной ответственностью
«АльфаСтрахование-ОМС»



А.А. Антонов

Председатель Новгородской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации



Л.С. Смелова

Президент общественной организации
медицинских работников «Медицинская палата
Новгородской области»



В.Н. Беркунов