

**Тарифное соглашение
в системе обязательного медицинского страхования
Новгородской области на 2021 год**

Великий Новгород

19 января 2021 года

1. Общие положения

Правительство Новгородской области в лице заместителя Председателя Правительства Новгородской области Тимофеевой А.В., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новгородской области в лице директора Ивановой М.Б., представитель страховых медицинских организаций Новгородский филиал общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование-ОМС» в лице директора Антонова А.А., Новгородская областная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Смеловой Л.С., общественная организация медицинских работников «Медицинская палата Новгородской области» в лице президента Беркунова В.Н., включенные в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Новгородской области, созданной распоряжением Администрации Новгородской области от 02.02.2012 № 28-рз «О создании комиссии» (в редакции от 03.08.2020 № 250-рз), именуемые в дальнейшем Стороны, в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» заключили настоящее Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования в Новгородской области на 2021 год (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

Тарифное соглашение разработано и заключено в соответствии с Федеральными законами от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон), от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС), постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов», областным законом Новгородской области от 26.12.2020 № 655-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новгородской области на 2021 год и плановый период 2022 и 2023 годов», Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленными письмом Министерства здравоохранения РФ

от 30.12.2020 №11-7/И/2-20691 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 30.12.2020 №00-10-26-2-01/11-51 (далее – Методические рекомендации) и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Новгородской области.

Предметом настоящего Тарифного соглашения являются установленные Сторонами тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС), оказываемой в объеме Территориальной программы обязательного медицинского страхования Новгородской области (далее – Территориальная программа ОМС) медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций на 2021 год и наделенными объемами оказания и финансового обеспечения медицинской помощи Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия); способы оплаты медицинской помощи; размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи; размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, заключительные положения.

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

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

2. Способы оплаты оказанной медицинской помощи

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

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

финансового обеспечения медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств ОМС в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными Территориальной программой ОМС.

Оплата за счет средств ОМС осуществляется в пределах объема предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленного на год, с поквартальной разбивкой, и обоснованной последующей корректировкой, осуществленной Комиссией.

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

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

Возраст пациента определяется на дату начала оказания медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи, оказанной новорожденным (до дня государственной регистрации рождения) осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахована мать (иной член семьи или законный представитель), с обязательным указанием в персональных данных даты рождения и пола ребенка.

Возраст пациента определяется на дату начала оказания медицинской помощи:

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

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

2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

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

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии);

по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации.

2.1.2. Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи, в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации, и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение».

Проведение диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение.

2.1.3. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС на 2021 год по способам оплаты установлен в Приложении №1.

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

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

посещения с иными целями;

- для медицинской помощи, оказываемой в связи с заболеваниями:

отдельные диагностические (лабораторные) исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопические

диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии);

обращения в связи с заболеваниями;

- для медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме:

посещения в неотложной форме, включая посещения на дому.

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

2.1.5. Проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации осуществляется в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью».

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

2.1.6. Посещения с иными целями включают:

посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после

перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений);

посещения для проведения 2 этапа диспансеризации, в том числе в целях исследования уровня гликированного гемоглобина в крови, посещения врача-дерматолога в целях осмотра кожных покровов (врача-терапевта в случае отсутствия в штате медицинской организации врача-дерматолога);

разовые посещения в связи с заболеваниями;

посещения центров здоровья;

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

посещения центров амбулаторной онкологической помощи;

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

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

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

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

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

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

Динамическое наблюдение не осуществляется в день проведения комплексного обследования.

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).

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

отмечается в соответствующих позициях Талона только при последнем посещении больного по данному поводу.

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

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

После оказания неотложной медицинской помощи больному и устранении либо уменьшении проявлений неотложного состояния больной в соответствии с требованиями Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденного приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 15.05.2012 года №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 настоящим Тарифным соглашением (посещение, обращение (законченный случай), при этом дата оказания неотложной медицинской помощи в обращение (законченный случай) не включается.

2.1.10. Способ оплаты по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерии соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Минздравсоцразвития РФ от 15.05.2012 № 543н.

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

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

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

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

Патологоанатомические 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 обязательного медицинского страхования, 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.

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

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

Тариф на 1 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.

2.1.13. Отдельные диагностические (лабораторные) услуги, выполненные в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре или дневном стационаре, за исключением выполненных в день госпитализации в стационар или дневной стационар и в день выписки из стационара

или дневного стационара, входят в стоимость законченного случая, включенного в соответствующую группу заболеваний, и не подлежат оплате как отдельная медицинская услуга.

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

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

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

Диагностические (лабораторные) услуги подлежат оплате из средств обязательного медицинского страхования при наличии направления на исследования от врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.15. Оплата амбулаторной медицинской помощи ежемесячно осуществляется в пределах установленных Комиссией квартальных объемов в размере:

объем диагностических (лабораторных) услуг учитывается в разрезе каждой услуги;

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

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.

2.2. Оплата специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного и дневного стационара

2.2.1 Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара

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

за законченный случай лечения заболевания, включенного в

соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний) (далее – КСГ);

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

за медицинскую услугу.

Способ оплаты медицинской помощи за медицинскую услугу в условиях круглосуточного стационара применяется при оплате услуг диализа.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях в рамках Территориальной программы ОМС на 2021 год в разрезе уровней оказания медицинской помощи представлен в Приложении № 3.

Перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях и условиях дневного стационара, установлен в Приложении № 4.

Алгоритм отнесения каждого случая к соответствующей КСГ установлен Методическими рекомендациями.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (СС_{КСГ}) по КСГ (за исключением случаев госпитализаций взрослых с применением лекарственной терапии злокачественных новообразований, порядок оплаты которых установлен Разделом 2.2.4. настоящего Тарифного соглашения) определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ПК, \text{ где}$$

- | | |
|-------------------|--|
| БС | размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), рублей; |
| КЗ _{КСГ} | коэффициент относительной затратноемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации; |
| ПК | поправочный коэффициент оплаты КСГ (интегрированный коэффициент, рассчитываемый на региональном уровне); |

Перечень КСГ, применяемых для оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара и размер коэффициента относительной затратноемкости установлен в Приложении № 5.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты, установленных

настоящим Тарифным соглашением, по следующей формуле:

$$ПК = КС_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КСЛП, \text{ где}$$

$КС_{КСГ}$ коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен настоящим Тарифным соглашением для данной КСГ);

$КУС_{МО}$ коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

$КСЛП$ коэффициент сложности лечения пациента (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен настоящим Тарифным соглашением для данного случая).

Коэффициент специфики оказания медицинской помощи (далее – коэффициент специфики) устанавливается тарифным соглашением 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, представлен в Приложении № 6. В остальных случаях коэффициент специфики устанавливается в значении 1.

Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги, представлен в Приложении № 7.

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

Значение коэффициента уровня (подуровня) оказания медицинской помощи определено Методическим рекомендациям и на 2021 год составляет:

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

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) устанавливается к отдельным случаям оказания медицинской помощи и учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам. В случае применения коэффициента сложности лечения пациента указанный критерий необходимо включать в реестр счетов.

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8.

Коэффициент сложности лечения пациентов устанавливается в следующих случаях и размерах:

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значения КСЛП
1	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет) (в том числе, включая консультацию врача-гериатра)	1,0
2	Предоставление спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний)	1,3
3	Проведение первой иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации	1,2
4	Развертывание индивидуального поста	1,2
5	Проведение сочетанных хирургических вмешательств (перечень возможных сочетанных операций установлен настоящим Приложением)	1,3
6	Проведение однотипных операций на парных органах (перечень возможных однотипных операций на парных органах установлен настоящим Приложением)	1,3
7	Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (критерии применения КСЛП установлены настоящим Приложением)	1,5
8	Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента (перечень указанных заболеваний и состояний установлен в Приложении № 8)	1,5
9	Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями	1,5

Оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением КСЛП. При этом критерием отнесения

случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 70 дней, обусловленная медицинскими показаниями.

Правила отнесения случаев к сверхдлительным не распространяются на КСГ, объединяющие случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (st19.075-st19.089), т.е. указанные случаи не могут считаться сверхдлительными и оплачиваться с применением соответствующего КСЛП.

Во всех остальных случаях значение КСЛП устанавливается в значении 1.

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

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

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

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

При определении фактического количества койко-дней пребывания в рамках одного случая лечения в условиях круглосуточного стационара – день поступления и день выписки считается за 1 койко-день.

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

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

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

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

Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

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

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

2.2.2. Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

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

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

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

за медицинскую услугу.

Способ оплаты медицинской помощи за медицинскую услугу в условиях дневного стационара применяется при оплате услуг диализа.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара в рамках Территориальной

программы ОМС на 2021 год представлен в Приложении № 9.

Алгоритм отнесения каждого случая к соответствующей КСГ установлен Методическими рекомендациями.

Стоимость одного случая госпитализации в дневном стационаре (СС_{КСГ}) по КСГ (за исключением случаев госпитализаций взрослых с применением лекарственной терапии злокачественных новообразований, порядок оплаты которых установлен Разделом 2.2.4. настоящего Тарифного соглашения) определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ПК, \text{ где}$$

- БС размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), рублей;
- КЗ_{КСГ} коэффициент относительной затратноности по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
- ПК поправочный коэффициент оплаты КСГ (интегрированный коэффициент, рассчитываемый на региональном уровне);

Перечень КСГ, применяемых для оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара и размер коэффициента относительной затратноности установлен в Приложении № 10.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты, установленных настоящим Тарифным соглашением, по следующей формуле:

$$ПК = КС_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КСЛП, \text{ где}$$

- КС_{КСГ} коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен настоящим Тарифным соглашением для данной КСГ);
- КУС_{МО} коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
- КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен настоящим Тарифным соглашением для данного случая).

Коэффициент уровня медицинских организаций для оплаты медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре, является единым для всех медицинских организаций и устанавливается в значении 1.

Коэффициент специфики оказания медицинской помощи (далее – коэффициент специфики) устанавливается тарифным соглашением для

конкретной КСГ. Коэффициент специфики применяется к КСГ в целом и является единым для всех медицинских организаций.

Перечень КСГ круглосуточного и дневного стационара, к которым применяется коэффициент специфики с указанием его значения, представлен в Приложении № 6. В остальных случаях коэффициент специфики устанавливается в значении 1.

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

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

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

- при переводе пациента из одного отделения дневного стационара в другое отделение дневного стационара другой медицинской организации, дата окончания лечения в одном отделении не должна соответствовать дате начала лечения в другом отделении.

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

2.2.3. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии учтены в том числе нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются).

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

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

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

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) формируются на основании кода МКБ 10 и схемы лекарственной терапии.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачествен-

ными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей формируются на основании кода МКБ 10, длительности и дополнительного классификационного критерия, включающего группу лекарственного препарата или МНН лекарственного препарата.

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

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями определяется по следующей формуле:

$$CC_{КСГ} = BC \times KZ_{КСГ} \times ((1 - Dzп) + Dzп \times PK \times Kд), \text{ где:}$$

- BC размер средней стоимости законченного случая лечения без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей;
- KZ_{КСГ} коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации
- Dзп доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ приведена в приложении № 11;
- PK поправочный коэффициент оплаты КСГ (интегрированный коэффициент, рассчитываемый на региональном уровне);
- Kд коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

2.2.5. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи.

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

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

Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее (≤ 3) установлен в Приложении № 12.

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

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

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию установлен Приложением № 13.

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

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

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

2.2.6. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях.

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

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

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

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

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

2.2.8. Оплата случаев лечения по двум КСГ

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров, 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 оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев.

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.

Помимо случаев перевода пациента при возникновении нового

заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10, и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ 10:

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

2. 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;

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

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

5. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением (оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение»).

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности 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.

При этом если один из случаев лечения, оплачиваемых по двум КСГ, является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

В стационарных условиях в стоимость КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в медицинской организации, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по КСГ по профилю

«Неонатология».

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

2.2.9. Особенности оплаты случаев лечения пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19

Формирование КСГ для оплаты случаев лечения пациентов с 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 коронавирусной инфекцией COVID-19.

Тяжесть течения заболевания определяется в соответствии с классификацией COVID-19 по степени тяжести, представленной во Временных методических рекомендациях «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Коэффициенты относительной затратно-емкости 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.

2.2.10. Особенности оплаты случаев лечения по профилю «Офтальмология»

Выполнение косметических процедур за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется. В связи с этим оплата по КСГ услуги A16.26.046.001 «Эксимерлазерная фототерапевтическая кератэктомия» осуществляется только при лечении эрозии, язвы роговицы, кератита, помутнения роговицы, возникшего вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности компенсации вызванной ими иррегулярности роговицы с помощью очковой или контактной коррекции, услуг A16.26.046.002 «Эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» и A16.26.047 «Кератомилез» – при коррекции астигматизма или иррегулярности роговицы, возникших вследствие

воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности их компенсации с помощью очковой или контактной коррекции. Аналогичные принципы применяются для медицинской услуги 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 системе ОМС.

2.2.11. Оплата медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов в модели КСГ дневного стационара предусмотрены КСГ ds02.008-ds.02.011.

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

2.2.12. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»

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

Для КСГ st37.001-st37.013, st37.021-st37.023 – в стационарных условиях и для КСГ ds37.001-ds37.008, ds37.015-ds37.016 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Шкала реабилитационной маршрутизации установлена порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной

имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

2.2.13. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа, в условиях дневного стационара – за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в условиях круглосуточного стационара – 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, установлены в Приложении № 14.

Учитывая единственный, законодательно установленный, способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара – законченный случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество услуг в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения. В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

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

2.3. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой

специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь в рамках Территориальной программы ОМС на 2021 год установлен в Приложении № 15.

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

3. Тарифы на оплату медицинской помощи

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

3.1. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях

Средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях (FO_{CP}^{AMB}) для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Новгородской области, рассчитан на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, и на 2021 год составляет 4436,79 рублей.

Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (ПН_{БАЗ}) (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Территориальной программой государственных гарантий нормативами), оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Новгородской области, в расчете на одно застрахованное лицо на 2021 год составляет 1120,38 рублей.

Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключаяющий влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи, коэффициента 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, коэффициента дифференциации, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, в том числе за вызов скорой медицинской помощи, и оказываемой в фельдшерских, фельдшерских-

акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{Пр}_{\text{АМБ}} = \frac{\text{ПН}_{\text{БАЗ}}}{\text{ФО}_{\text{СР}}^{\text{АМБ}}}, \text{ где:}$$

$\text{Пр}_{\text{АМБ}}$ – коэффициент приведения в амбулаторных условиях;
 $\text{ПН}_{\text{БАЗ}}$ – базовый подушевой норматив финансирования, рублей;
 и на 2021 год составляет $\text{Пр}_{\text{АМБ}} = 0,2525$

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

$$\text{ПК} = \frac{\text{ФО}_{\text{СР}}^{\text{АМБ}} \times \text{Пр}_{\text{АМБ}} \times \text{Ч}_3}{\sum_i (\text{ДПН}^i \times \text{Ч}_3^i)}$$

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

$$\text{ДПН}^i = \text{ФО}_{\text{СР}}^{\text{АМБ}} \times \text{Пр}_{\text{АМБ}} \times \text{КС}_{\text{МО}}^i \times \text{КУ}_{\text{МО}}^i \times \text{КД}_{\text{ОТ}}^i, \text{ где:}$$

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

$\text{КУ}_{\text{МО}}^i$ – коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), для i -той медицинской организации;

$\text{КД}_{\text{ОТ}}^i$ – коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i -той медицинской организаций (при наличии);

$\text{КС}_{\text{МО}}^i$ – коэффициент специфики оказания амбулаторной медицинской помощи i -той медицинской организацией.

Значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи в

амбулаторных условиях устанавливаются самостоятельно субъектом Российской Федерации.

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

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

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

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

$ОС_{проф}^i$ – общий объем средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий в рамках 2 этапа диспансеризации), порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами, распределенный для i -той медицинской организации решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, рублей;

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

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

$$ФДПН^i = ДПН^i \times ПК, \text{ где:}$$

$ФДПН^i$ фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей.

Значение поправочного коэффициента является единым для всех медицинских организаций, осуществляющих оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях, и на 2021 год устанавливается в значении 1.

Размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, рассчитывается ежемесячно исходя из зна-

чения дифференцированного подушевого норматива амбулаторной помощи, оказываемой i -ой медицинской организацией ($ОФ^i$), по формуле:

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

- $ОФ^i$ – размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, рублей;
- $ДПн^i$ – дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i -той медицинской организации на 1 застрахованное лицо в месяц, рублей;
- $Ч_3^i$ – численность застрахованных лиц, прикрепленных к данной медицинской организации, человек.

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

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

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

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

На 2021 год устанавливаются следующие половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи:

Возрастная группа	Пол	Значение половозрастного коэффициента дифференциации подушевого норматива
до 1 года	м	2,949
	ж	2,941
1-4 года	м	1,988
	ж	1,909
5-17 лет	м	1,212
	ж	1,233
18-64 года	м	0,637

	ж	0,960
65 лет и старше	м	1,6
	ж	1,6

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

На 2021 год устанавливаются следующие коэффициенты дифференциации в размере:

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

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

Дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций на 2021 год установлен в Приложении № 16 .

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

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

финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, в том числе диспансеризации;

проведение диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития;

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

лабораторные исследования (за исключением патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), выполненные по назначению лечащего врача;

расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

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

проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии; тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

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

проведение гемодиализа и перитонеального диализа в амбулаторных условиях;

стоматологическую медицинскую помощь;

посещения центров здоровья;

медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

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

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

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н, составляет в среднем на 2021 год:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей, – 509,39 тыс. рублей

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, – 1018,79 тыс. рублей

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, – 1614,01 тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, – 1812,38 тыс. рублей.

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий более 2000 жителей, – 1812,38 тыс. рублей.

Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов с численностью обслуживаемого населения и размером финансового обеспечения установлен в Приложении № 17.

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

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

- $OC_{\text{ФАП}}^i$ размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i -той медицинской организации;
- $Ч_{\text{ФАП}}^n$ число фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n -типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению);
- $БНФ_{\text{ФАП}}^n$ базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n -го типа;
- $КС_{\text{БНФ}}^n$ коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов определен Программой, устанавливается значение коэффициента равное 1); на 2021 год составляет 0,5.

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

В случае если у фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года, и рассчитывается следующим образом:

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

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

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

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

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

Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, отдельные диагностические (лабораторные) исследования, применяемые, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, установлены Приложениями №№ 18,19,20,21,22,23,24,25.

Тарифы для медицинской помощи, оказанной в неотложной форме, установлены в Приложении № 26.

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

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

3.2. При оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара

Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке, исключаяющей влияние применяемых коэффициентов относительной затратноемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации) и коэффициента сложности лечения пациентов, принимающий значения не ниже 65 % от значения норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования, и не ниже 60 % от норматива финансовых затрат на 1 случай

лечения в условиях дневного стационара, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее – коэффициент приведения при оплате специализированной медицинской помощи), рассчитан в соответствии с Методическими рекомендациями и установлен на 2021 год в размере:

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

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

Размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара без учета коэффициента дифференциации на 2021 год составляет 23 456,23 рублей; для расчета стоимости законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара, включенного в КСГ на 2021 год, базовая ставка устанавливается в размере 23 643,87 рублей.

Размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара без учета коэффициента дифференциации на 2021 год составляет 13285,02 рублей; для расчета стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара, включенного в КСГ на 2021 год, базовая ставка устанавливается в размере 13391,30 рублей.

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

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

Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации ($ФО_{СР}^{СМП}$) в расчете на одно застрахованное лицо рассчитан на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, и на 2021 год составляет 777,27 рублей.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации ($ПН_{БАЗ}$), рассчитывается исходя из размера среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Новгородской области, в расчете на одно застрахованное лицо и составляет на 2021 год 777,27 рублей.

Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключающий влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи (включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), коэффициента 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), коэффициента дифференциации (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации), стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, в том числе за вызов скорой медицинской помощи, и оказываемой в фельдшерских, фельдшерских-акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности, при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (далее – коэффициент приведения скорой медицинской помощи) рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{Пр}_{\text{СМП}} = \frac{\text{ПН}_{\text{БАЗ}}}{\text{ФО}_{\text{СМП}}^{\text{СР}}}, \text{ где:}$$

$\text{Пр}_{\text{СМП}}$ – коэффициент приведения скорой медицинской помощи;
 $\text{ПН}_{\text{БАЗ}}$ – базовый подушевой норматив финансирования
 и на 2021 год составляет $\text{Пр}_{\text{СМП}} = 1,0$

На основе 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:

$$\text{ДПн}^i = \text{ФО}_{\text{СМП}}^{\text{СР}} \times \text{Пр}_{\text{СМП}} \times \text{КС}_{\text{СМП}}^i, \text{ где:}$$

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

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

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

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

$$\Phi O_{\text{СМП}} = \Phi \text{ДПн}^i \times \text{Ч}_3^{\text{ПР}} + \text{ОС}_B, \text{ где:}$$

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

$\Phi \text{ДПн}^i$ фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i -той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей.

$\text{Ч}_3^{\text{ПР}}$ численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек;

ОС_B размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам за вызов, рублей.

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

$$\text{ДПн}^i = \Phi O_{\text{СР}}^{\text{СМП}} \times \text{Пр}_{\text{СМП}} \times \text{КС}_{\text{СМП}}^i \text{ где:}$$

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

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

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

$$\text{ПК} = \frac{\Phi O_{\text{СР}}^{\text{СМП}} \times \text{Пр}_{\text{СМП}} \times \text{Ч}_3}{\sum_i (\text{ДПн}^i \times \text{Ч}_3^i)}, \text{ где:}$$

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

Значение поправочного коэффициента является единым для всех медицинских организаций, осуществляющих оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации, и на 2021 год устанавливается в значении 1.

На 2021 год устанавливаются следующие половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи:

Возрастная группа	Пол	Значение половозрастного коэффициента дифференциации подушевого норматива
до 1 года	м	2,197
	ж	1,956
1-4 года	м	1,180
	ж	1,036
5-17 лет	м	0,432
	ж	0,450
18-64 года	м	0,679
	ж	0,760
65 лет и старше	м	2,044
	ж	2,493

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

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

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

Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи установлен в Приложении №29.

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

Тарифы на медицинскую помощь включают расходы, определенные пунктом 7 статьи 35 Федерального закона, сформированы в соответствии со статьей 30 указанного закона и в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной Правилами ОМС, и являются едиными для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в рамках Территориальной программы ОМС, независимо от их организационно-правовой формы.

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

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях для оказания медицинской помощи при реализации территориальной программы ОМС (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

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

Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда определяются исходя из потребности в количестве персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги), в соответствии с действующей системой оплаты труда, включая денежные выплаты стимулирующего характера.

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

За счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется оплата:

- медицинской помощи по заболеваниям и состояниям, не включенным в базовую программу ОМС (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ – инфекция и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения);

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

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

- 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 обязательного медицинского страхования.

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

Медицинские организации направляют средства, полученные от страховых медицинских организаций на оплату расходов, связанных с оказанием медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, в соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

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

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

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

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС (далее – Контроль) осуществляется страховыми медицинскими организациями и ТФОМС Новгородской области в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, а также ее финансовому обеспечению,

утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

В случае выявления по результатам Контроля нарушений при оказании медицинской помощи к медицинской организации применяются санкции, установленные Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), размеров и условий применения финансовых санкций по результатам Контроля (далее – Перечень оснований) в Приложении № 31.

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

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

В случае выявления Территориальным фондом ОМС Новгородской области 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 Территориального фонда ОМС Новгородской области, подлежит возврату медицинской организацией в бюджет Территориального фонда ОМС Новгородской области.

5. Заключительные положения

5.1. Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2021 года и действует по 31 декабря 2021 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 медицинской помощи по которым изменяются;

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

при внесении изменений в Требования к структуре и содержанию Тарифного соглашения, утвержденные уполномоченным федеральным

органом исполнительной власти, приводящие к изменению структуры и содержания тарифного соглашения;

при внесении изменений в Порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, утвержденный уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, 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 настоящее Тарифное соглашение рассматриваются на заседании Комиссии. Внесение изменений в настоящее Тарифное соглашение производится путем заключения дополнительных соглашений к нему в том же порядке, в котором заключено настоящее Тарифное соглашение.

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

Контроль за выполнением медицинскими организациями плановых объемов медицинской помощи и финансового обеспечения, 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 медицинской помощи с приложением обоснования предлагаемых изменений и финансового анализа ежемесячно до 20 числа отчетного месяца.

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

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

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

Приложение № 1 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2021 год по способам оплаты»;

Приложение № 2 «Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказа-

нии первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях на 2021 год »;

Приложение № 3 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях в рамках Территориальной программы ОМС на 2021 год в разрезе уровней оказания медицинской помощи»;

Приложение № 4 «Перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях и условиях дневного стационара»;

Приложение № 5 «Перечень КСГ, применяемых для оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара и размер коэффициента относительной затратно-емкости на 2021 год»;

Приложение № 6 «Перечень КСГ круглосуточного и дневного стационара, к которым применяется коэффициент спецификации с указанием его значения на 2021 год»;

Приложение № 7 «Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги на 2021 год»;

Приложение № 8 «Перечень заболеваний и состояний, влияющих на сложность лечения пациента, при которых применяется КСЛП в условиях круглосуточного на 2021 год»;

Приложение № 9 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара в рамках Территориальной программы ОМС на 2021 год»;

Приложение №10 «Перечень КСГ, применяемых для оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара и размер коэффициента относительной затратно-емкости на 2021 год»;

Приложение №11 «Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ»;

Приложение №12 «Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее на 2021 год»;

Приложение №13 «Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию на 2021 год»;

Приложение №14 «Коэффициенты относительной затратно-емкости, применяемые к базовым тарифам для оплаты диализа на 2021 год»;

Приложение №15 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь в рамках Территориальной программы ОМС на 2021 год»;

Приложение №16 «Дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций на 2021 год»;

Приложение №17 «Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов с численностью обслуживаемого населения и размером финансового обеспечения на 2021 год»

Приложение №18 «Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с иными целями, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2021 год, в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ»;

Приложение №19 «Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой по поводу заболевания, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2021 год, в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Новгородской области»

Приложение №20 «Тарифы на проведение диспансеризации детей-сирот, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, на 2021 год»

Приложение №21 «Тарифы на проведение диспансеризации взрослого населения на 2021 год»;

Приложение №22 «Тарифы на проведение диспансеризации взрослого населения на 2021 год»;

Приложение №23 «Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних на 2021 год»;

Приложение №24 «Тарифы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) услуг, оказываемых в амбулаторных условиях, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2021 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам застрахованным на территории других субъектов РФ»;

Приложение №25 «Тарифы на оплату первичной медико-санитарной помощи, оказанной в центрах здоровья в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2021 год, в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ»;

Приложение №26 «Тарифы для медицинской помощи, оказанной в неотложной форме на 2021 год»;

Приложение №27 «Перечень тарифов на оплату услуг диализа с учетом применения различных методов, на 2021 год»;

Приложение №28 «Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи на 2021 год»;

Приложение №29 «Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на 2021 год»;

Приложение №30 «Тарифы на оплату единиц объема скорой медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи), применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов на 2021 год»;

Приложение №31 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), размеров и условий применения финансовых санкций по результатам Контроля на 2021 год»;

Подписи Сторон:

Заместитель Председателя Правительства Новгородской области

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