

**Тарифное соглашение
в системе обязательного медицинского страхования
Новгородской области на 2019 год (далее – Тарифное соглашение)**

г.Великий Новгород

16 января 2019 года

1. Общие положения

Министерство здравоохранения Новгородской области в лице: министра Саволук А.В., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новгородской области в лице: директора Екимовой И.О., представитель страховых медицинских организаций: Новгородский филиал Общества с ограниченной ответственностью ВТБ Медицинское страхование в лице директора Захарова А.В., Новгородская областная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице: председателя Смеловой Л.С.; Совет общественной организации медицинских работников «Медицинская палата Новгородской области» в лице президента: Беркунова В.Н., включенные в состав комиссии, созданной распоряжением Администрации Новгородской области от 02.02.2012 № 28-рз «О создании комиссии» (в редакции от 13.11.2018 №332-рг), именуемые в дальнейшем Стороны;

в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»; Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; постановлением Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 года № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»; Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 года № 158н; постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»; приказом Минздрава России от 13 октября 2017 года № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»; приказом Федерального фонда ОМС от 1 декабря 2010 года № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»; приказом Федерального фонда ОМС от 21 ноября 2018 года № 247 «Об установлении Требований к структуре и

содержанию тарифного соглашения», областным законом Новгородской области от 10.12.2018 № 340-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новгородской области на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов» заключили настоящее Тарифное соглашение о нижеследующем:

Предметом настоящего Тарифного соглашения являются установленные Сторонами тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказываемой в объеме территориальной программы обязательного медицинского страхования Новгородской области медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций на 2019 год и наделенными объемами оказания медицинской помощи Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования; способы оплаты медицинской помощи; размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи; размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

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

2. Способы оплаты оказанной медицинской помощи

Настоящим тарифным соглашением устанавливаются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:
по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

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

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

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

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

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

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

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;

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

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями застрахованным лицам, осуществляется в соответствии с лицензией, в пределах объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования на год, с учетом поквартальной разбивки на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Оплата медицинской помощи осуществляется на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи по ОМС, по тарифам и способам оплаты медицинской помощи, утвержденным настоящим Тарифным соглашением, действующим на дату окончания лечения.

Медицинские организации предоставляют реестры счетов и счета на оплату в страховые медицинские организации и ТФОМС НО ежемесячно в установленные сроки в соответствии с утвержденным Организационно-технологическим регламентом информационного обмена в сфере обязательного медицинского страхования Новгородской области.

Оплата медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в Новгородской области, на территории страхования осуществляется страховыми медицинскими организациями.

Расчеты за оказанную медицинскую помощь лицам, застрахованным за пределами Новгородской области, осуществляет ТФОМС НО в соответствии с Правилами ОМС.

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

2.1.Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2019 год с указанием способов оплаты установлен в **Приложении №1**.

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

При расчете подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи учитываются объемы обращений при оказании первичной медико-санитарной помощи, организованной по территориально–участковому принципу, выполненные по назначению врача диагностические услуги, не включенные в перечень отдельных медицинских услуг настоящего Тарифного соглашения.

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

Методика расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях установлена **Приложением № 2**.

Распределение застрахованных лиц по медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, устанавливается на начало соответствующего года и может корректироваться на основании данных регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц не чаще 1 раза в квартал.

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

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

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

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

Медицинские организации, включенные в систему подушевого финансирования амбулаторной помощи, ежемесячно формируют и представляют в страховые медицинские организации счета и реестры счетов с обязательным включением всех единиц объема оказанной медицинской помощи по установленным тарифам. Страховая медицинская организация ежемесячно производит расчет доплаты до размера подушевого финансирования – как разницу между стоимостью оказанной медицинской помощи по тарифам и утвержденным объемом финансирования по подушевому нормативу.

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

Запланированный поквартальный и годовой объем обращений, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу, установлен **Приложением № 3**.

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

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

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

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

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

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

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

Оплата оказанной амбулаторной медицинской помощи осуществляется по тарифам за единицу объема медицинской помощи (посещение, обращение) в пределах утвержденных Комиссией объемов медицинской помощи.

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

При наличии у пациента заболевания или состояния, требующего оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в течение длительного периода времени, случай оказания медицинской помощи подлежит оплате по тарифу за обращение по поводу заболевания 1 раз в месяц и формируется из посещений в течение календарного месяца.

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

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

Посещения врачей вспомогательных отделений (кабинетов) медицинской организации, оказывающих первичную медицинскую помощь, подлежат оплате в случае "ведения" пациента врачом данных отделений (кабинетов): назначение лечения с записью в первичной медицинской документации, контроль и динамика состояния пациента в процессе и после окончания курса проведенного лечения по тарифам за посещение или обращение, установ-

ленным для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

Тарифы за посещение с профилактической и иными целями и за обращение по поводу заболевания включают посещения врачей-специалистов вспомогательных кабинетов (отделений), выполняющих по назначению врача инструментально-диагностические, консультативные или лечебные услуги.

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

При возложении на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации первичной медико-санитарной помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 23 марта 2012 года № 252н «Об утверждении порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты» применяется тариф за посещение к среднему медицинскому персоналу.

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в Центре здоровья гражданам, впервые обратившимся в отчетном году для проведения комплексного обследования, производится за комплексное обследование (за медицинскую услугу).

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

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в Центре здоровья, гражданам, обратившимся для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья, производится за посещение по тарифу за повторное посещение в Центре здоровья. Динамическое наблюдение не осуществляется в день проведения комплексного обследования.

Тариф за посещение при оказании медицинской помощи, в 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.

Кроме того, случаи оказания медицинской помощи врачами приемного отделения медицинской организации пациентам, не нуждающимся в оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара или в случае отказа застрахованного лица от лечения в стациона-

ре, а также при самостоятельном обращении пациента на станцию (подстанцию) скорой медицинской помощи за неотложной медицинской помощью подлежат оплате по тарифам за посещение в неотложной форме.

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

Оплата первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях взрослому и детскому застрахованному населению осуществляется по тарифам за посещение с профилактическими и иными целями и обращение по поводу заболевания.

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 №4**.

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.

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

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

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

Отдельные диагностические услуги, выполненные застрахованному лицу для решения вопроса о госпитализации в эту же медицинскую организацию, не подлежат оплате в случае госпитализации застрахованного лица в дневной или круглосуточный стационар.

Тариф на оплату диагностических услуг «Компьютерная томография» и «Магнитно-резонансная томография» предусматривает выполнение исследования одной анатомической области.

При наличии направления врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, на томографическое исследование нескольких анатомических областей, на томографическое исследование с применением анестезии и/или контрастирования, в реестре счетов формируется отдельная запись на каждую медицинскую услугу.

В целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и

стандартов медицинской помощи, в случае наличия показаний для проведения пациенту диагностических исследований, отдельных диагностических услуг (при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту) медицинская организация вправе заключить договор с иной медицинской организацией.

Тариф на медицинскую услугу по комплексному медицинскому обследованию вне медицинской организации с использованием передвижных медицинских комплексов включает следующий объем исследований и осмотров:

1	Осмотр терапевта	М
		Ж
2	Осмотр невролога	М
		Ж
3	Осмотр акушера-гинеколога	Ж
3	Осмотр уролога	М
		Ж
4	Клиническая лабораторная диагностика (общий анализ крови развернутый, общий анализ мочи)	М
		Ж
5	Биохимическая лабораторная диагностика (билирубин, сахар, креатинин, общий холестерин)	М
		Ж
6	Исследование мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала на цитологическое исследование	Ж
6	Исследование крови на ПСА	М
7	Электрокардиография	М
		Ж
8	Спирометрия	М
		Ж
9	Ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря (при наличии), поджелудочной железы, почек и/или щитовидной железы	М
		Ж
10	Транскраниальная доплерография и/или дуплексное сканирование брахицефальных артерий	М
		Ж
11	Ультразвуковое исследование предстательной железы	М
11	Ультразвуковое исследование гинекологическое: матки и придатков, и/или молочных желез	Ж

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

В случае выполнения менее 8 исследований и осмотров (75%) от набора услуг комплексного обследования, такие случаи учитываются и оплачиваются как посещение к врачу специалисту, оказанное передвижными медицинскими комплексами.

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

Дистанционный мониторинг пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями предусматривает наблюдение пациента в течение месяца и подается на оплату как одна медицинская услуга.

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

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

Диспансеризация определенных групп взрослого населения (далее – ДВН) проводится в соответствии с приказом Минздрава России от 26.10.17г. № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – Порядок).

Первый этап диспансеризации считается завершенным и подлежит оплате в случае выполнения не менее 85% от объема исследований первого этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью 1 раз в 3 года, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом обязательным является проведение анкетирования и приема (осмотра) врача-терапевта. В случае если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации в соответствии с пунктом 15 настоящего Порядка, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации и учтенных в соответствии с пунктом 15 настоящего Порядка осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации, первый этап диспансеризации отражается в отчете о проведении диспансеризации как завершенный случай, при этом оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования, мероприятия) в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными настоящим тарифным соглашением.

Исследования первого этапа диспансеризации, проводимые с периодичностью 1 раз в 2 года, подлежат оплате за законченный случай.

В случае выполнения в рамках первого этапа диспансеризации менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, но при этом выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют 85% и более от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра, такие случаи учитываются как проведенный гражданину профилактический медицинский осмотр и оплачивается по тарифам за профилактический осмотр.

II этап диспансеризации считается завершенным в случае выполнения осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, необходимость проведения которых определена по результатам пер-

вого этапа диспансеризации, и предъявляется к оплате за законченный случай.

Профилактический медицинский осмотр проводится 1 раз в 2 года.

В год прохождения диспансеризации профилактический медицинский осмотр не проводится.

Работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, и работники, занятые на отдельных видах работ, которые в соответствии с законодательством Российской Федерации проходят обязательные периодические медицинские осмотры, профилактическому медицинскому осмотру не подлежат.

2.1.4. Порядок оплаты профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних

При проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних подлежат оплате случаи медицинских осмотров лиц, возраст которых на дату начала их проведения достиг возрастной группы, определенной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (далее – Порядок), по тарифам за законченный случай.

Профилактический осмотр является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, включенных в перечень исследований (I этап) Порядка.

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в перечень исследований, и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций профилактический осмотр является завершенным в случае проведения дополнительных консультаций, исследований, назначенных в соответствии с пунктом 18 указанного Порядка, и (или) получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций (II этап).

В случае отказа несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) от проведения одного или нескольких медицинских вмешательств, предусмотренных в рамках I или II этапов профилактического осмотра, оформленного в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ, профилактический осмотр считается завершенным в объеме проведенных осмотров врачами-специалистами и выполненных исследований. При этом в структуру тарифа за счет средств обязательного медицинского страхования расходы на проведение осмотра врачом-психиатром не включаются.

Общая продолжительность I этапа профилактического осмотра должна составлять не более 20 рабочих дней, а при назначении дополнительных консультаций, исследований и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организа-

ций общая продолжительность профилактического осмотра должна составлять не более 45 рабочих дней (I и II этапы).

2.1.5. Порядок оплаты случаев диспансеризации детей-сирот

Мероприятия по диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью осуществляются в соответствии с приказами Минздрава России от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью».

I этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью осуществляется по тарифам за законченный случай.

Случаи I этапа диспансеризации детей-сирот предъявляются к оплате после полного завершения осмотров, обследования и вынесения соответствующего заключения.

II этап диспансеризации детей-сирот является завершенным в случае проведения дополнительных консультаций, исследований, назначенных при подозрении на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении I этапа, и оплачивается по тарифу за посещение с профилактической целью к врачу-специалисту.

Случай диспансеризации несовершеннолетнего считается законченным (I этап) при условии проведения осмотра врачом-психиатром. При этом в структуру тарифа за счет средств обязательного медицинского страхования расходы на проведение осмотра врачом-психиатром не включаются.

В случае выполнения инструментально-диагностических методов исследования и осмотров врачами-специалистами, проведенных ранее вне рамок диспансеризации детей-сирот, оплата осуществляется по тарифам за посещение с профилактической целью к врачу-специалисту.

Общая продолжительность I этапа диспансеризации должна составлять не более 10 рабочих дней, а при назначении дополнительных консультаций, исследований и/или необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций общая продолжительность – не более 45 рабочих дней (I и II этапы).

Диспансеризация детей-сирот проводится медицинскими организациями в год достижения несовершеннолетними возраста, установленного в соот-

ветствии с порядками проведения диспансеризации в определенные возрастные периоды.

2.2. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

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

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и размер коэффициента уровня оказания медицинской помощи представлен в **Приложении № 21**.

Распределение медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи произведено на основании приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21 ноября 2018 года № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

Стоимость одного законченного случая лечения в стационаре ($CC_{КСГ/КПГ}$) по системе клинико-статистических групп определяется по следующей формуле (округляется по правилам математики до целого рубля):

$$CC_{КСГ/КПГ} = BC \times KЗ_{КСГ/КПГ} \times ПК, \text{ где}$$

BC – базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи;
 $KЗ_{КСГ/КПГ}$ – коэффициент относительной затратоемкости по клинико-статистической группе (клинико-профильной группе), к которой отнесен данный пролеченный случай;

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

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

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

где:

$КУ_{КСГ/КПГ}$ – управленческий коэффициент по клинико-статистической группе, к которой отнесен данный законченный случай (используется в расчетах, в случае если для данной клинико-статистической группы определен указанный коэффициент);

$КУС_{МО}$ – коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент (используется в расчетах, в случае если для данной медицинской организации определен указанный коэффициент);

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

Все КСГ распределены по профилям медицинской помощи, при этом

часть диагнозов, устанавливаемых при различных заболеваниях, хирургических операциях и других медицинских технологиях могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях. При оплате медицинской помощи в подобных случаях отнесение КСГ к конкретной КПГ не учитывается. Исключением являются КСГ, включенные в профили «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия», лечение в рамках которых может осуществляться только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия» соответственно.

Алгоритм отнесения каждого случая к соответствующей КСГ определяется Инструкцией по группировке случаев в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», утвержденными Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 21.11.2018 №11-7/10/2-7543, №14525/26-1/И о (далее – Инструкция), со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» (далее – МКБ 10), Номенклатурой медицинских услуг.

Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги при проведении оперативного лечения, для оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара представлен в **Приложении № 23**.

Перечень КСГ, применяемых для оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара и размер коэффициента относительной затратно-емкости установлен в **Приложении № 22**.

Учитывая, что различия в затратах на оказание медицинской помощи учтены при расчете коэффициентов затратно-емкости, применение коэффициента уровня оказания медицинской помощи при оплате медицинской помощи по ряду КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне оказания медицинской помощи, считается нецелесообразным.

Перечень КСГ круглосуточного стационара, для которых не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи представлен в **Приложении № 24**.

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

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

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
1	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей до 1 года, за исключением КСГ, относящихся к профилю «неонатология»)	1,2
2	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей от 1 до 4)	1,1
3	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний)	1,1
4	Необходимость развертывания индивидуального поста по медицинским показаниям	1,3
5	Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ (перечень представлен в Инструкции)	1,3
6	Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями	в соответствии с расчетным значением
7	Проведение сочетанных хирургических вмешательств (перечень представлен в Инструкции)	1,2
8	Проведение однотипных операций на парных органах (перечень представлен в Инструкции)	1,2

Оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением КСЛП. При этом критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 дней, за исключением КСГ, приведенных в **Приложении № 26**, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней.

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

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

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

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента;

ФКД - фактическое количество койко-дней;

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

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

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

Во всех остальных случаях значение КСЛП равно 1,0.

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

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

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

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

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

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

Алгоритмы формирования отдельных КСГ, имеющих определенные особенности представлен в Инструкции.

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

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

Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема (Приложение № 27).

Лечение по профилю медицинская реабилитация

Для КСГ №№ st37.001-st37.018 в стационарных условиях критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). 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. Градации оценки и описание ШРМ приведены в Инструкции.

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.

Для КСГ № st38.001339 «**Старческая астения**» в стационарных условиях критерием отнесения к данной КСГ является диагноз R54, лечение может осуществляться только в медицинских организациях и (или) структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Гериатрия».

Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»

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

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии учтены в том числе нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются), а также учтена сопутствующая терапия для коррекции нежелательных явлений (например, противорвотные препараты, препараты, влияющие на структуру и минерализацию костей и др.).

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

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

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

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

Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи.

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

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

Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее (≤ 3) установлен в **Приложении № 28**.

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

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

Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию установлен **Приложением № 29**.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 40% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости КСГ.

Рассчитанная стоимость прерванного случая лечения округляется по правилам математики до целого рубля.

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, преду-

смотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

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

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

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

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

Оплата по двум КСГ в рамках одного пролеченного случая.

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

Оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», а также st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение» возможна при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

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

O14.1 Тяжелая преэклампсия.

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

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

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

O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

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

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

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

– этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара.

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

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

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

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

2.2.2. Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

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

Стоимость одного законченного случая лечения в условиях дневного стационара ($СС_{КСГ/КПГ}$) по системе клинико-статистических групп определяется по следующей формуле (округляется по правилам математики до целого рубля):

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

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

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

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

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

$$ПК = KU_{КСГ/КПГ} \times КСЛП ,$$

где:

$KU_{КСГ/КПГ}$ – управленческий коэффициент по клинко-статистической группе, к которой отнесен данный законченный случай (используется в расчетах, в случае если для данной клинко-статистической группы определен указанный коэффициент);

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

Алгоритм отнесения каждого случая к соответствующей КСГ определяется Инструкцией, со справочником МКБ 10, Номенклатурой медицинских услуг.

Перечень КСГ, применяемых для оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара и коэффициент относительной затратно-емкости установлен в **Приложении № 31**.

Управленческий коэффициент применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи и устанавливается в размере **1,0**, за исключением КСГ, установленных в **Приложении № 32**.

Лечение по профилю медицинская реабилитация.

Для КСГ №№ ds37.001-ds37.012 в дневных стационарах 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. Градации оценки и описание ШРМ приведены в Инструкции.

Медицинская помощь с применением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) в условиях дневного стационара оплачивается за законченный случай лечения по КСГ в рамках установленных для медицинских организаций объемов, с учетом применения поправочного коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП), учитывающего возможность проведения отдельных этапов процедуры, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов.

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

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

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

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

В случае если базовая программа ЭКО была завершена по итогам первого этапа (стимуляция суперовуляции), к КСГ № ds02.005 применяется КСЛП в размере **0,6**.

В случае проведения в рамках одного случая всех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов, к КСГ применяется повышающий КСЛП в размере **1,1**.

При этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется. В случае, если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов, случай госпитализации оплачивается по КСГ № ds02.005 с применением КСЛП в размере **0,19**.

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

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

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

- при переводе пациента из одного отделения стационара (дневного или круглосуточного) в другое в пределах одной медицинской организации (за исключением оказания медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и заболеваний, при лечении которых применяются виды высокотехнологичной медицинской помощи) в случае, если заболевание относится к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим коэффициентом относительной затратоемкости;

- при переводе больного из круглосуточного стационара одной медицинской организации в дневной стационар другой медицинской организации (и наоборот, в случае возникновения необходимости круглосуточного наблю-

дения) оплата проводится по двум КСГ, с учётом длительности пребывания пациента на койке дневного и круглосуточного стационаров.

Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи.

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

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее (≤ 3) установлен **Приложением № 28**.

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

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

Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию установлен **Приложением № 33**.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 40% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости КСГ.

Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях.

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

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

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

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

Прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда

хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Методика определения тарифа с применением коэффициента для расчета стоимости законченного случая заключается в умножении базовой ставки на соответствующий коэффициент с применением правил математического округления до целого рубля.

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

2.3. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа

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

Перечень тарифов на оплату услуг диализа с учетом применения различных методов представлен в **Приложении № 20**.

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.

2.4. Сведения о применении способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь и дифференцированные подушевые нормативы финансирования установлены в **Приложении № 5**.

Методика расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи установлена **Приложением № 6**.

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

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

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

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

Медицинские организации, включенные в систему подушевого финансирования скорой медицинской помощи, ежемесячно формируют и представляют в страховые медицинские организации счета и реестры счетов с обязательным включением всех единиц объема оказанной медицинской помощи по установленным тарифам согласно **Приложению № 35**. Страховая медицинская организация ежемесячно производит расчет доплаты до размера подушевого финансирования – как разницу между стоимостью оказанной медицинской помощи по тарифам и утвержденным объемом финансирования по подушевому нормативу.

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

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

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

Запланированный поквартальный и годовой объем вызовов в разрезе медицинских организаций установлен **Приложением № 3**.

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.

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, осуществляется за фактическое количество вызовов по тарифам, установленным **Приложением № 7**.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

По медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации террито-

риальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 3941,52 рублей;

Базовый (средний) подушевой норматив для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи установлен в размере 1455,30 рублей в год;

Подушевые нормативы финансирования и интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для медицинских организаций по медицинской помощи в амбулаторных условиях установлены в **Приложениях № 8, 9;**

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива установлены в **Приложении № 10;**

Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов установлены **Приложениями №№ 11,12,13,14,15,16,17;**

Тарифы на комплексное обследование в Центре здоровья установлены **Приложением № 18;**

Тарифы на отдельные медицинские услуги установлены **Приложением № 37;**

Для оказанной медицинской помощи в неотложной форме установлены тарифы за одно посещение **Приложением № 19;**

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 **Приложением № 20.**

По медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара условиях:

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 4861,30 рублей;

Размер базовой ставки финансирования для расчета стоимости законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара, включенного в КСГ, на 2019 год устанавливается в размере 21 020 рублей;

Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи установлен **Приложение № 27.**

По медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара:

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 1108,00 рублей;

Средний норматив финансовых затрат на 1 случай экстракорпорального оплодотворения составляет – 114 818,80 рублей;

Размер базовой ставки финансирования для расчета стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара, включенного в КСГ, на 2019 год устанавливается в размере 11 652 рублей.

По скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации:

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы ОМС – 682,56 руб;

Базовый (средний) подушевой норматив для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи установлен в размере 651,48 рублей в год;

Подушевые нормативы финансирования и интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для медицинских организаций по скорой медицинской помощи установлены в **Приложениях № 5, 34;**

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива установлены в **Приложении № 36;**

Тарифы на оплату единиц объема скорой медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи), применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов установлены в **Приложении № 7.**

Тарифы на медицинскую помощь включают расходы, определенные пунктом 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», сформированы в соответствии со статьей 30 указанного закона и в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной Правилами ОМС, и являются едиными для медицинских организаций независимо от организационно-правовой формы, оказывающих медицинскую помощь в рамках Программы ОМС.

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

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

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

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

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

За счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется оплата:

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

- безрезультатных вызовов скорой медицинской помощи;

- медицинской помощи незастрахованным и не идентифицированным по ОМС лицам.

За счет средств ОМС не оплачивается цельная донорская кровь, компоненты донорской крови, медицинские иммунобиологические препараты для проведения профилактических прививок, включённых в Национальный календарь профилактических прививок, и профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

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

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

Медицинские организации направляют средства, полученные от страховых медицинских организаций на оплату расходов, связанных с оказанием медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, в соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Приказом Минфина России от 01.07.2013 № 65н «Об утверждении Указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации».

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

В случае невыполнения медицинскими организациями утвержденных плановых объемов оказания медицинской помощи, возмещение расходов, включенных в нормативы затрат, за невыполненный объем не является 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 в соответствии с

приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

В случае выявления по результатам Контроля нарушений при оказании медицинской помощи к медицинской организации применяются санкции, установленные Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), размеров и условий применений финансовых санкций по результатам Контроля (далее – Перечень оснований) в **Приложении № 38**.

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

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 ТФОМС Новгородской области при проведении повторного контроля нарушений, пропущенных страховой медицинской организацией в ходе медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы контроля качества медицинской помощи, страховая медицинская организация утрачивает право использования финансовых санкций, применяемых к медицинской организации, по своевременно не обнаруженному дефекту медицинской помощи и/или нарушению при оказании медицинской помощи.

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

5.Заключительные положения

5.1. Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2019 года и действует до 31 декабря 2019 года включительно.

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

5.3. При необходимости в Тарифное соглашение вносятся изменения в целях мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализации при заболеваниях и состояниях, входящих в определенную КСГ, стимулировании к внедрению конкретных современных методов лечения, коррекции рисков резкого изменения финансирования случаев,

отнесенных к отдельным КСГ, с учетом соблюдения принципов «бюджетной нейтральности».

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

5.4. Распределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС устанавливается решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС на год с поквартальной разбивкой и обоснованной последующей корректировкой.

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

Страховые медицинские организации и медицинские организации своевременно представляют в адрес Комиссии предложения по внесению изменений в объемы предоставления медицинской помощи с приложением обоснования предлагаемых изменений и финансового анализа.

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 медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2019 год с указанием способов оплаты»;

Приложение № 2 «Методика расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях»;

Приложение № 3 «Запланированный поквартальный и годовой объем обращений по поводу заболеваний и вызовов скорой медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу»;

Приложение № 4 «Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях»;

Приложение № 5 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую

медицинскую помощь и дифференцированные подушевые нормативы финансирования»;

Приложение № 6 «Методика расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи»;

Приложение № 7 «Тарифы на скорую медицинскую помощь, оказанную застрахованным на территории других субъектов на 2019 год»;

Приложение № 8 «Дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи на 2019 год»;

Приложение № 9 «Интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи на 2019 год»;

Приложение № 10 «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи на 2019 год»;

Приложение № 11 «Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2019 год, в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Новгородской области»;

Приложение № 12 «Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой по поводу заболевания, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2019 год, в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Новгородской области»;

Приложение № 13 «Тарифы на проведение 1 этапа диспансеризации взрослого населения на 2019 год»;

Приложение № 14 «Тарифы на проведение 2 этапа диспансеризации на 2019 год»;

Приложение № 15 «Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров взрослого населения на 2019 год»;

Приложение № 16 «Тарифы на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, на 2019 год»;

Приложение № 17 «Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних на 2019 год»;

Приложение № 18 «Тарифы на оплату первичной медико-санитарной помощи, оказанной в центре здоровья в 2019 году»;

Приложение № 19 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2019 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Новгородской области»;

Приложение № 20 «Тарифы на оплату медицинских услуг, связанных с проведением заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа, на 2019 год»;

Приложение № 21 «Перечень медицинских организаций по уровню оказания медицинской помощи в стационарных условиях и размер коэффициента уровня оказания медицинской помощи»;

Приложение № 22 «Перечень клинико-статистических групп, применяемых для оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара и размер коэффициента относительной затратно-емкости на 2019 год»;

Приложение № 23 «Перечень КСГ в условиях круглосуточного стационара, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги при проведении оперативного лечения, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2019 год»;

Приложение № 24 «Перечень клинико-статистических групп круглосуточного стационара, для которых не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи на 2019 год»;

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

Приложение № 26 «Перечень КСГ в условиях круглосуточного стационара, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней»;

Приложение № 27 «Тарифы на оплату видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС на 2019 год»;

Приложение № 28 «Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее»;

Приложение № 29 «Перечень КСГ круглосуточно стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию»;

Приложение № 30 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара»;

Приложение № 31 «Перечень клинико-статистических групп, применяемых для оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара и размер коэффициента относительной затратно-емкости на 2019 год»;

Приложение № 32 «Перечень КСГ дневного стационара, к которым применяется понижающий управленческий коэффициент»;

Приложение № 33 «Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию»;

Приложение № 34 «Интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на 2019 год»;

Приложение № 35 «Тарифы на скорую медицинскую помощь, оказанную вне медицинской организации на 2019 год»;

Приложение № 36 «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на 2019 год»;

Приложение № 37 «Тарифы на оплату отдельных медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2019 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Новгородской области»;

Приложение № 38 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи и размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2019 год».

Подписи Сторон:

Министр здравоохранения
Новгородской области



А.В. Саволук

Директор
Территориального фонда
обязательного медицинского страхования Нов-
городской области



И.О. Екимова

Директор Новгородского филиала Общества с
ограниченной ответственностью «ВТБ Меди-
цинское страхование



А.В. Захаров

Председатель Новгородской областной органи-
зации профсоюза работников здравоохранения
Российской Федерации



Л.С. Смелова

Президент общественной организации меди-
цинских работников «Медицинская палата
Новгородской области»



В.Н. Беркунов