

# **ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2020 ГОД**

**04 февраля 2020 года**

Уполномоченный орган исполнительной власти Ленинградской области - Комитет по здравоохранению Ленинградской области, в лице председателя Вылегжанина Сергея Валентиновича, действующего на основании Положения,

Территориальный фонд - Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ленинградской области, в лице директора Алексева Александра Николаевича, действующего на основании Положения,

Представители страховых медицинских организаций - ООО «Страховая медицинская компания РЕСО-Мед», в лице директора Северо-Западного филиала Еремеева Юрия Алексеевича, действующего на основании Положения и доверенности,

Представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций - Региональная общественная организация «Врачебная палата Ленинградской области», в лице председателя Костюшова Евгения Васильевича, действующего на основании Устава,

Представители профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций) - Территориальная Санкт-Петербурга и Ленинградской области организация профсоюза работников здравоохранения, в лице председателя Элиовича Иосифа Григорьевича, действующего на основании Устава,

именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящее Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию в Ленинградской области на 2020 год (далее – Тарифное соглашение на 2020 год) о нижеследующем:

## **I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Тарифное соглашение разработано и заключено в соответствии с:

– Федеральным законом от 29.11.2010г №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон №326-ФЗ),

- Федеральным законом от 21.11.2011г №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон №323-ФЗ),
- Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012г №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»,
- Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2018г №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»,
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 07.12.2019г №1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» (далее – Программа),
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019г №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее - Приказ Минздрава России №108н),
- Приказом Минздравсоцразвития России от 25.01.2011г №29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - Приказ Минздравсоцразвития РФ №29н),
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017г №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»,
- Письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2019г №11-7/И/2-12330 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»,
- Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018г №247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»,
- Письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.12.2019 г. №17653/26-2/и о требованиях к содержанию Тарифного соглашения на 2020г,
- Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019г №36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – Приказ ФОМС №36),
- Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011г №79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного

взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Приказ ФОМС №79),

– Совместным письмом от 12.12.2019 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации №11-7/И/2-11779 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования №17033/26-2/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (далее – Методические рекомендации),

– Письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 13.12.19г №17151/26-1/и о направлении в дополнение к Методическим рекомендациям с учетом Письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 20.12.19г №б/н в электронном виде:

– расшифровку КСГ для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (файл «Расшифровка групп КС» в формате MS Excel),

– расшифровку КСГ для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (файл «Расшифровка групп ДС» в формате MS Excel),

– инструкцию по группировке случаев, в том числе правил учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (файл «Инструкция по группировке случаев» в формате MS Word),

– Письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19.12.19г №16899/30-4/7546 о структуре тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе на приобретение продуктов питания и организацию питания,

и на основании:

– Постановления Правительства Ленинградской области от 30.12.2019г №642 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ленинградской области на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов» (далее – ТП ОМС в ЛО),

– Распоряжения Комитета по здравоохранению Ленинградской области от 13.01.2020г №5/1-О «Об утверждении распределения медицинских организаций Ленинградской области в соответствии с трехуровневой системой оказания медицинской помощи на 2020 год»,

– Распоряжение Комитета по здравоохранению Ленинградской области от 15.01.2020г №8/1-О «Об утверждении перечня территориальных зон обслуживания граждан, зарегистрированных или проживающих в Ленинградской области, прикрепленных к медицинским организациям Ленинградской области, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу на 2020 год»,

- Протоколов заседания №1 от 30.01.2020г, №2 от 04.02.2020г Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ленинградской области,
- Других федеральных и региональных нормативных правовых актов, регулирующих отношения, связанные с обязательным медицинским страхованием.

### **Предмет Тарифного соглашения**

В соответствии с пунктом 2 статьи 30 Федерального закона №326-ФЗ предметом настоящего Тарифного соглашения являются установленные Сторонами тарифы на оплату медицинской помощи.

### **Основные термины, определения и прочее**

**Случай госпитализации** – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

**Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ)** – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов);

**Клинико-профильная группа (КПГ)** – группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи;

**Оплата медицинской помощи по КСГ (КПГ)** – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратно-емкости и поправочных коэффициентов;

**Базовая ставка** – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных Методическими рекомендациями (средняя стоимость законченного случая лечения);

**Коэффициент относительной затратно-емкости** – устанавливаемый настоящими рекомендациями коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

**Коэффициент дифференциации** – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и

коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для отдельных территорий, используемый в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации;

**Поправочные коэффициенты** – устанавливаемые на территориальном уровне: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов;

**Управленческий коэффициент** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинко-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинко-статистической группе заболеваний;

**Коэффициент уровня оказания медицинской помощи** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

**Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами;

**Коэффициент сложности лечения пациентов** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, устанавливаемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи;

**Подгруппа в составе клинко-статистической группы заболеваний** – группа заболеваний, выделенная в составе клинко-статистической группы заболеваний с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратноемкости, отличный от коэффициента относительной затратноемкости по клинко-статистической группе, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп;

**Оплата медицинской помощи за услугу** – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных настоящими рекомендациями.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования является составной частью Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ленинградской области и соответствует базовой программе обязательного медицинского страхования (далее – ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой)).

## II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В соответствии с разделом IV Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ленинградской области Сторонами установлены следующие способы оплаты медицинской помощи:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

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

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, 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);

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

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 профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации.

### **III. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определены в соответствии со статьей 32 Федерального закона №323-ФЗ и главой «XII. Методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России №108н (далее – Методика расчета тарифов).

В соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ленинградской области структура тарифов на оплату медицинской помощи в плановой, экстренной и неотложной формах включает в себя расходы:

– в амбулаторных условиях (первичная медико-санитарная помощь), скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь):

на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества (в части

расходов на текущий ремонт), расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу,

– в условиях стационара (специализированная, в том числе высокотехнологичная) и в условиях дневного стационара:

на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества (в части расходов на текущий ремонт), расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи в дневном стационаре включает в себя расходы на приобретение продуктов питания и организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинских организациях) за счет средств межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджета Ленинградской области бюджету Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ленинградской области на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования.

Тарифы на оплату медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования формируются в соответствии с принятыми в Территориальной программе обязательного медицинского страхования способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;



медицинским работникам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам, медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным, за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

В целях обеспечения доступности медицинской помощи гражданам, проживающим в том числе в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, а также в сельской местности, установлены коэффициенты дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом реальной потребности населения, обусловленной уровнем и структурой заболеваемости, особенностями половозрастного состава, в том числе численности населения в возрасте 65 лет и старше, плотности населения, транспортной доступности медицинских организаций, количества структурных подразделений, за исключением количества фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, а также маршрутизации пациентов при оказании медицинской помощи.

Для расчета стоимости медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях и их обособленных подразделениях, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, применяются следующие коэффициенты дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия указанных подразделений и расходов на их содержание и оплату труда персонала: для медицинских организаций, обслуживающих до 20 тысяч человек, - 1,113, для медицинских организаций, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, - 1,04.

Для расчета стоимости медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой лицам в возрасте 65 лет и старше, применяется средний коэффициент дифференциации для подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц - 1,6.

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, составляет в среднем на 2020 год:

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, - 957,2 тыс. рублей,

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, - 1516,4 тыс. рублей,

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, - 1702,8 тыс. рублей.

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих до 100 жителей, устанавливается с учетом понижающего коэффициента 0,95 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей.

Размер финансового обеспечения медицинской организации, в составе которой имеются фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты, определяется исходя из подушевого норматива финансирования и количества лиц, прикрепленных к ней, а также расходов на фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты исходя из их количества в составе медицинской организации и установленного в настоящем разделе среднего размера финансового обеспечения.

2. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определены дифференцированно с учетом коэффициента уровня/подуровня оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций и(или) структурных подразделений медицинских организаций:

2.1. Коэффициент первого уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и(или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) первичную медико-санитарную помощь и(или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь и(или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь (в пределах первого уровня подуровни не выделены).

2.2. Коэффициент второго уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и(или) структурных подразделений медицинских организаций, имеющих в своей структуре отделения и(или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, а также для специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров, диспансеров.

В пределах второго уровня оказания медицинской помощи выделены подуровни:

- в части оказания скорой медицинской помощи - 2.1, 2.2,
- в части оказания амбулаторной медицинской помощи - 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5,
- в части оказания медицинской помощи в условиях стационара – 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5,
- в части оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара – 2.1, 2.2.

2.3. Коэффициент третьего уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и(или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

В пределах третьего уровня оказания медицинской помощи выделены подуровни:

- в части оказания амбулаторной медицинской помощи - 3.1, 3.2,
- в части оказания медицинской помощи в условиях стационара - 3.1, 3.2, 3.3,
- в части оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара - 3.1, 3.2.

Перечни медицинских организаций и(или) структурных подразделений медицинских организаций с учетом уровня/подуровня оказания медицинской помощи:

- «Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания амбулаторной медицинской помощи по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г», согласно Приложению 1 к Тарифному соглашению,
- «Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания медицинской помощи в условиях стационара по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г», согласно Приложению 2 к Тарифному соглашению,
- «Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара по ТП ОМС в ЛО на 2020г», согласно Приложению 3 к Тарифному соглашению,
- «Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания скорой медицинской помощи по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г», согласно Приложению 4 к Тарифному соглашению.

3. При определении тарифов за медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи, и скорую медицинскую помощь, оказанную вне медицинской организации, по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи, Сторонами установлено:

3.1. Перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях включает расходы на оплату

медицинской помощи по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой), в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, за исключением:

- расходов на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами,
- средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов,
- расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии,
- расходов на оплату услуг амбулаторного диализа,
- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме,
- размера средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в Ленинградской области,
- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

3.2. Перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования в скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает расходы на оплату медицинской помощи по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой), в том числе скорую (специализированную) медицинскую помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах, в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, в том числе с проведением тромболизиса, за исключением:

- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой лицам, застрахованным за пределами Ленинградской области.

3.3. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой), в расчете на одно застрахованное лицо, определен на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых

затрат на единицу объема медицинской помощи по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г, без учета финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной на территориях других субъектов Российской Федерации лицам, застрахованным в Ленинградской области составляет:

в амбулаторных условиях – 5 885,4 рублей в год на 1 застрахованного,

в скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, – 927,0 рублей в год на 1 застрахованного.

3.4. Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, составляет:

в амбулаторных условиях – 3548,4 рублей в год (295,7 рублей в месяц) на 1 застрахованного,

в скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, – 927,0 рублей в год (77,3 рублей в месяц) на 1 застрахованного.

3.5. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, рассчитаны на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования и коэффициентов дифференциации, учитывающие следующие критерии:

- половозрастной состав согласно Приложению 7 к Тарифному соглашению «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г»,

- 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 согласно Приложению 6 к Тарифному соглашению «Перечень медицинских организаций, для которых применяется 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 (КДот) с установлением значений указанного коэффициента по каждой медицинской организации, включая сведения о численности обслуживаемого населения в соответствии с Программой (до 20 тыс. и свыше 20 тыс. человек), в том числе в разрезе структурных подразделений медицинских организаций по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г»,

- размер коэффициента уровня (подуровня) оказания медицинской помощи согласно Приложению 8 к Тарифному соглашению «Размер коэффициентов уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для групп медицинских организаций, определенных пп. 2, 2.1, 2.2 Тарифного соглашения для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г»,

- районный коэффициент к заработной плате (единый по Ленинградской области) КДсуб, равный 1, который учтен в базовом среднем подушевом нормативе в амбулаторных условиях,

и установлены в соответствии с Методическими рекомендациями согласно Приложению 9 к Тарифному соглашению «Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для медицинских организаций по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г».

3.6. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации для однородных групп медицинских организаций, рассчитаны на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования и коэффициентов дифференциации, учитывающие следующие критерии:

- половозрастной состав, согласно Приложению 10 к Тарифному соглашению «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г»,

- средний радиус территории обслуживания,

- особенности расселения и плотность населения,

- уровень расходов на содержание медицинских организаций (отдельных структурных подразделений медицинских организаций),

- достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Ленинградской области,

- районный коэффициент к заработной плате (единый по Ленинградской области) КДсуб, равный 1, который учтен в базовом среднем подушевом нормативе по скорой медицинской помощи вне медицинской организации,

на основании которых определен средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, в соответствии с Методическими рекомендациями, согласно Приложению 11 к Тарифному соглашению «Средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, для однородных групп медицинских организаций по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г»

и установлены согласно Приложению 12 к Тарифному соглашению «Дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, для

однородных групп медицинских организаций по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г».

3.7. 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 рассчитан в соответствии с Методическими рекомендациями, ТП ОМС в ЛО и п.1 раздела III Тарифного соглашения и установлен согласно Приложению 5 Тарифного соглашения «Перечень фельдшерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов (далее - ФП, ФАП) с указанием диапазона численности обслуживаемого населения в соответствии с ТП ОМС (в рамках базовой) на 2020г, годового размера финансового обеспечения, а также информации о соответствии/несоответствии ФП, ФАП требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

3.8. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай), применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Ленинградской области лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации в амбулаторных условиях установлены в следующих сборниках:

- «Сборник тарифов на оплату посещений в неотложной форме в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г Часть I, Часть I.1, Часть II», согласно Приложению 13 к Тарифному соглашению,
- «Сборник тарифов на оплату посещений с профилактическими и иными целями (за исключением Диспансеризации и профилактических медицинских осмотров) в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г Часть I.1, Часть I.2, Часть II», согласно Приложению 14 к Тарифному соглашению,
- «Сборник тарифов на оплату комплексного посещения при проведении диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью" (в соответствии с приказом Минздрава РФ от 11.04.2013 г. №216н) и диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации( в соответствии с приказом Минздрава России от 15.02.2013 г. №72н) в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020 г. Часть I», согласно Приложению 15 к Тарифному соглашению,

- «Сборник тарифов на оплату комплексного посещения при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (в соответствии с приказом Минздрава России от 10.08.2017 г. №514н) в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020 г. Часть I», согласно Приложению 16 к Тарифному соглашению,
- «Сборник тарифов на оплату комплексного посещения при проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020 г. Часть I», согласно Приложению 17 к Тарифному соглашению,
- «Сборник тарифов на оплату обращений в связи с заболеваниями (за законченный случай) в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г Часть I.1, Часть I.2, Часть I.3, Часть I.4, Часть I.5, Часть II», согласно Приложению 19 к Тарифному соглашению,
- «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, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г», согласно Приложению 23 к Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии при оказании амбулаторной медицинской помощи по поводу заболевания установлены в следующих сборниках:

- «Сборник тарифов на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) при оказании амбулаторной медицинской помощи по поводу заболевания по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г», согласно Приложению 21 к Тарифному соглашению.

Базовый тариф на оплату гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») установлен в размере 6 186,96 руб., к базовому тарифу установлены коэффициенты относительной затратаемости, в соответствии с Методическими рекомендациями, в следующем сборнике:

«Сборник тарифов на оплату медицинских услуг (Гемодиализ) при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях по отдельным лечебно-диагностическим процедурам по ТП ОМС в ЛО (в рамках



базовой) на 2020г Часть I, Часть II», согласно Приложению 41 к Тарифному соглашению.

Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа установлена в соответствии с Методическими рекомендациями, согласно Приложению 43 к Тарифному соглашению.

3.9. Тарифы на оплату медицинской помощи, применяемые при межучрежденческих расчетах установлены в следующих сборниках:

– «Сборник тарифов на оплату медицинских услуг по описанию и интерпретации данных компьютерных томограмм с применением телемедицинских технологий для взаиморасчетов за счет средств ОМС по договорам между медицинскими организациями на 2020г», согласно Приложению 20 к Тарифному соглашению,

– «Сборник тарифов для взаиморасчетов между медицинскими организациями на оплату услуг при проведении диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью" (в соответствии с приказом Минздрава РФ от 11.04.2013 г. №216н), диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (в соответствии с приказом Минздрава России от 15.02.2013 г. №72н), профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (в соответствии с приказом Минздрава России от 10.08.2017 №514н) Часть I, Часть II», согласно Приложению 18 к Тарифному соглашению.

– «Сборник тарифов для взаиморасчетов между медицинскими организациями на оплату медицинских услуг (Гемодиализ) при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г», согласно Приложению 42 к Тарифному соглашению.

3.10. Тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи (в том числе на оплату скорой медицинской помощи при проведении тромболизиса), применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Ленинградской области лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации в установлены в следующем сборнике:

– «Сборник тарифов за вызов скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г Часть I», согласно Приложению 22 к Тарифному соглашению,

4. При определении тарифов за медицинскую помощь, оказанную в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, по способам оплаты медицинской помощи за законченный/прерванный случай лечения заболевания, включенного в группу заболеваний (в том числе КСГ), в соответствии с распределением КСГ заболеваний по профилям медицинской деятельности

(КПП) и коэффициентами относительной затратоемкости КСГ/КПП (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, согласно Приложениям 1, 2 к Методическим рекомендациям) принято к использованию:

- расшифровка КСГ в стационарных условиях в соответствии с МКБ 10 и номенклатурой медицинских услуг, направленная ФОМС в электронном виде в дополнение к Методическим рекомендациям, согласно Приложению 24 к Тарифному соглашению «Файл Расшифровка групп КС в редакции письма ФОМС от 20.12.19г»,
- расшифровка КСГ в условиях дневного стационара в соответствии с МКБ 10 и номенклатурой медицинских услуг, направленная ФОМС в электронном виде в дополнение к Методическим рекомендациям, согласно Приложению 25 к Тарифному соглашению «Файл Расшифровка групп ДС в редакции письма ФОМС от 20.12.19г»,
- инструкция по группировке случаев, включающая, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (далее - Инструкция), направленная ФОМС в электронном виде в дополнение к Методическим рекомендациям, согласно Приложению 26 к Тарифному соглашению «Файл Инструкция по группировке случаев в редакции письма ФОМС от 13.12.19г».

4.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТП ОМС в ЛО, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи (медицинской услуги - диализа), установленных ТП ОМС в ЛО на 2020г без учета финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной на территориях других субъектов Российской Федерации лицам, застрахованным в Ленинградской области:

- в части специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара – 5 661,2 рублей в год на 1 застрахованного,
- в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара – 1 262,7 рублей в год на 1 застрахованного.

4.2. Перечни групп заболеваний, в том числе КСГ, с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ и управленческих коэффициентов КСГ (КУ):

- в условиях стационара, в соответствии с Приложением 27 к Тарифному соглашению,

– в условиях дневного стационара, в соответствии с Приложением 28 к Тарифному соглашению.

4.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПП (базовая ставка), по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г, составляет:

- в условиях стационара – 27 362,52 рублей на 1 госпитализацию (законченный случай), без учета средств на высокотехнологичную медицинскую помощь и медицинские услуги,
- в условиях дневного стационара – 13 663,91 рублей на 1 случай лечения.

4.4. Значения коэффициентов, установленные для расчета поправочных коэффициентов оплаты КСГ или КПП:

- Управленческие коэффициенты (КУ) в стационарных условиях, согласно Приложению 27 к Тарифному соглашению,
- Управленческие коэффициенты (КУ) в условиях дневного стационара, согласно Приложению 28 к Тарифному соглашению,
- Коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП), согласно Приложению 29 к Тарифному соглашению,
- Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации (КУС) в стационарных условиях, согласно Приложению 30 к Тарифному соглашению,
- Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации (КУС) в условиях дневного стационара, согласно Приложению 31 к Тарифному соглашению.

В соответствии с «Инструкцией по группировке случаев, включающей, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования» Сторонами установлены:

- «Перечень КСГ в условиях стационара, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи (КУС) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г», согласно Приложению 32 к Тарифному соглашению,
- «Перечень КСГ в условиях дневного стационара, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи (КУС) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г», согласно Приложению 33 к Тарифному соглашению,

- «Перечень КСГ в условиях стационара, к которым не применяются понижающие управленческие коэффициенты (КУ) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г», согласно Приложению 34 к Тарифному соглашению,
- «Перечень КСГ в условиях стационара, к которым не применяются повышающие управленческие коэффициенты (КУ) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г», согласно Приложению 35 к Тарифному соглашению.
- «Инструкция по группировке и способам оплаты случаев сверхдлительной госпитализации за счет средств обязательного медицинского страхования с применением КСЛП», согласно Приложению 36 к Тарифному соглашению.

4.5. Размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи условиях стационара и дневного стационара.

К прерванным случаям относятся случаи 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 гемодиализа.

В целях оплаты медицинской помощи 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 групп, по которым необходимо осуществлять оплату в полном объеме независимо от длительности лечения, установлен согласно следующим приложениям к Тарифному соглашению:

«Перечень КСГ в условиях стационара, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г», согласно Приложению 37 к Тарифному соглашению

«Перечень КСГ в условиях дневного стационара, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г», согласно Приложению 38 к Тарифному соглашению.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство 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 или КПГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости КСГ или КПГ.

Перечень КСГ в условиях стационара с применением хирургического вмешательства или тромболитической терапии установлен в соответствии с Приложением 39 к Тарифному соглашению.

Перечень КСГ в условиях дневного стационара с применением хирургического вмешательства или тромболитической терапии установлен в соответствии с Приложением 40 к Тарифному соглашению.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ или КПГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ или КПГ.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и из дневного стационара в круглосуточный), 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 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

При этом, 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.

Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ 10:

- 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;

- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии

беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более (за исключением случаев, представленных в Инструкции) с последующим родоразрешением;

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

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

4.6. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, установлены в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденных Программой, с учетом единого коэффициента для Ленинградской области, равного 1, согласно Приложению 44 к Тарифному соглашению «Сборник тарифов на оплату законченного случая лечения в стационарных условиях (с использованием ВМП) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г Часть II».

Оплата случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи установлена в соответствии с Методическими рекомендациями, согласно Приложению 45 к Тарифному соглашению.

4.7. Оплата случаев лечения заболеваний по профилю «Медицинская реабилитация» установлена в соответствии с Методическими рекомендациями, согласно Приложению 46 к Тарифному соглашению.

4.8. Оплата случаев лечения заболеваний по профилю «Акушерство и гинекология» установлена в соответствии с Методическими рекомендациями, согласно Приложению 47 к Тарифному соглашению.

4.9. Оплата случаев лечения заболеваний по профилю «Онкология» установлена в соответствии с Методическими рекомендациями, согласно Приложению 48 к Тарифному соглашению.

4.10. Подходы к формированию отдельных групп КСГ, имеющих определенные особенности, установлены в соответствии с Инструкцией, согласно Приложению 49 и Приложению 50 к Тарифному соглашению «Выписка из «Инструкции по группировке случаев, включающей, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования», - Раздел 8» и «Выписка из «Инструкции по группировке случаев, включающей, в том числе правила учета классификационных

критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования», - Раздел 9».

#### **IV. 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**

Для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ленинградской области на 2020 год, установлены санкции за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования в Ленинградской области, в соответствии с Перечнем, согласно Приложению 51 к Тарифному соглашению.

#### **V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Индексация тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой по Территориальной (в рамках базовой) программе обязательного медицинского страхования в Ленинградской области, согласовывается решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ленинградской области и устанавливается в Тарифном соглашении.

2. Внесение изменений и дополнений в настоящее Тарифное соглашение производится по решению Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ленинградской области.

Изменения и дополнения оформляются в письменной форме, подписываются Сторонами и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

3. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2020 года и действует по 31 декабря 2020 года включительно, и применяется при расчетах за случаи оказания медицинской помощи по дате окончания лечения с 01 января 2020 года (включительно) по 31 декабря 2020 года (включительно).

4. Настоящее Тарифное соглашение является обязательным для исполнения всеми участниками системы ОМС Ленинградской области.

5. Неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения являются:

Неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения являются:

Приложение 1 – «Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания амбулаторной медицинской помощи по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г»,

Приложение 2 – «Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания медицинской помощи в условиях стационара по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г»,

Приложение 3 – «Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара по ТП ОМС в ЛО на 2020г»,

Приложение 4 – «Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания скорой медицинской помощи по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г»,

Приложение 5 – «Перечень фельдшерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов (далее - ФП, ФАП) с указанием диапазона численности обслуживаемого населения в соответствии с ТП ОМС (в рамках базовой) на 2020г, годового размера финансового обеспечения, а также информации о соответствии/несоответствии ФП, ФАП требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»,

Приложение 6 – «Перечень медицинских организаций, для которых применяется 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 (КДот) с установлением значений указанного коэффициента по каждой медицинской организации, включая сведения о численности обслуживаемого населения в соответствии с Программой (до 20 тыс. и свыше 20 тыс. человек), в том числе в разрезе структурных подразделений медицинских организаций по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г»,

Приложение 7 – «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г»,

Приложение 8 – «Размер коэффициентов уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для групп медицинских организаций, определенных пп. 2, 2.1, 2.2 Тарифного соглашения для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г»,

Приложение 9 – «Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для медицинских организаций по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г»,



Приложение 10 – «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г»,

Приложение 11 – «Средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, для однородных групп медицинских организаций по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г»,

Приложение 12 – «Дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, для однородных групп медицинских организаций по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г»,

Приложение 13 – «Сборник тарифов на оплату посещений в неотложной форме в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г Часть I, Часть I.1, Часть II»,

Приложение 14 – «Сборник тарифов на оплату посещений с профилактическими и иными целями (за исключением Диспансеризации и профилактических медицинских осмотров) в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г Часть I.1, Часть I.2, Часть II»,

Приложение 15 – «Сборник тарифов на оплату комплексного посещения при проведении диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью" (в соответствии с приказом Минздрава РФ от 11.04.2013 г. №216н) и диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации( в соответствии с приказом Минздрава России от 15.02.2013 г. №72н) в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020 г. Часть I»,

Приложение 16 – «Сборник тарифов на оплату комплексного посещения при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (в соответствии с приказом Минздрава России от 10.08.2017 г. №514н) в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020 г. Часть I»,

Приложение 17 – «Сборник тарифов на оплату комплексного посещения (законченного случая) при проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020 г. Часть I»,

Приложение 18 – «Сборник тарифов для взаиморасчетов между медицинскими организациями на оплату услуг при проведении диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью" (в соответствии с приказом Минздрава РФ от 11.04.2013 г. №216н), диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся

в трудной жизненной ситуации (в соответствии с приказом Минздрава России от 15.02.2013 г. №72н), профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (в соответствии с приказом Минздрава России от 10.08.2017 №514н) Часть I, Часть II»,

Приложение 19 – «Сборник тарифов на оплату обращений в связи с заболеваниями (за законченный случай) в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г Часть I.1, Часть I.2, Часть I.3, Часть I.4, Часть I.5, Часть II»,

Приложение 20 – «Сборник тарифов на оплату медицинских услуг по описанию и интерпретации данных компьютерных томограмм с применением телемедицинских технологий для взаиморасчетов за счет средств ОМС по договорам между медицинскими организациями на 2020г»,

Приложение 21 – «Сборник тарифов на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) при оказании амбулаторной медицинской помощи по поводу заболевания по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г»,

Приложение 22 – «Сборник тарифов за вызов скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г Часть I»,

Приложение 23 – «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, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г»,

Приложение 24 – «Файл Расшифровка групп КС в редакции письма ФОМС от 20.12.19 г.»,

Приложение 25 – «Файл Расшифровка групп ДС в редакции письма ФОМС от 20.12.19 г.»,

Приложение 26 – «Файл Инструкция по группировке случаев в редакции письма ФОМС от 13.12.19 г.»,

Приложение 27 – «Перечень КСГ в стационарных условиях с указанием коэффициентов относительной затроемкости КСГ и управленческих коэффициентов КСГ (КУ) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г»,

Приложение 28 – «Перечень КСГ в условиях дневного стационара с указанием коэффициентов относительной затроемкости КСГ и управленческих коэффициентов КСГ (КУ) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г»,

Приложение 29 – «Перечень случаев в условиях стационара и дневного стационара, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г»,

Приложение 30 – «Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи (КУС) в условиях стационара по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г»,

Приложение 31 – «Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи (КУС) в условиях дневного стационара по ТП ОМС в ЛО на 2020г»,

Приложение 32 – «Перечень КСГ в условиях стационара, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи (КУС), по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г»,

Приложение 33 – «Перечень КСГ в условиях дневного стационара, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи (КУС), по ТП ОМС в ЛО на 2020г»,

Приложение 34 – «Перечень КСГ в условиях стационара, к которым не применяются понижающие управленческие коэффициенты (КУ), по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г»,

Приложение 35 – «Перечень КСГ в условиях стационара, к которым не применяются повышающие управленческие коэффициенты (КУ), по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г»,

Приложение 36 – «Инструкция по группировке и способам оплаты случаев сверхдлительной госпитализации за счет средств обязательного медицинского страхования с применением КСЛП»,

Приложение 37 – «Перечень КСГ в условиях стационара, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г»,

Приложение 38 – «Перечень КСГ в условиях дневного стационара, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, по ТП ОМС в ЛО на 2020г»,

Приложение 39 – «Перечень КСГ в условиях стационара с применением хирургического вмешательства или тромболитической терапии по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г»,

Приложение 40 – «Перечень КСГ в условиях дневного стационара с применением хирургического вмешательства или тромболитической терапии по ТП ОМС в ЛО на 2020г»,

Приложение 41 – «Сборник тарифов на оплату медицинских услуг (Гемодиализ) при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях по отдельным лечебно-диагностическим процедурам по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г Часть I, Часть II»,

Приложение 42 – «Сборник тарифов для взаиморасчетов между медицинскими организациями на оплату медицинских услуг (Гемодиализ) при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г Часть I, Часть II»,

Приложение 43 – «Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа»,

Приложение 44 – «Сборник тарифов на оплату законченного случая лечения в стационарных условиях (с использованием ВМП) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2020г Часть II»,

Приложение 45 – «Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту»,

Приложение 46 – «Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»,

Приложение 47 – «Оплата случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология»,

Приложение 48 – «Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»,

Приложение 49 – «Выписка из «Инструкции по группировке случаев, включающей, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования» - Раздел 8»,

Приложение 50 – «Выписка из «Инструкции по группировке случаев, включающей, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования» - Раздел 9»,

Приложение 51 – «Перечень санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (по дате проведения экспертных мероприятий) по ТП ОМС в ЛО на 2020г».

### Подписи Сторон:

Комитет по  
здравоохранению  
Ленинградской  
области

Территориальный  
фонд обязательного  
медицинского  
страхования  
Ленинградской  
области

ООО «Страховая  
медицинская  
компания  
РЕСО-Мед»

Региональная  
общественная  
организация  
«Врачебная  
палата  
Ленинградской  
области»

Территориальная  
Санкт-Петербурга  
и Ленинградской  
области  
организация  
профсоюза  
работников  
здравоохранения  
РФ



С.В. Вылегжанин



А.Н. Алексеев



Ю.А. Еремеев



Е.В. Кослов



И.Г. Элиович