

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2021 ГОД

20 января 2021 года

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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 2021 год (далее – Тарифное соглашение на 2021 год) о нижеследующем:

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 28.12.2020 №2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 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 31.12.2020г №11-7/И/2-20700 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»,
- Приказом Минздрава РФ от 29.12.2020 №1397н «Об утверждении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее – Требования),
- 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 30.12.2020 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации №11-7/И/2-20691 и Федерального фонда обязательного

медицинского страхования №00-10-26-2-04/11-51 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (далее – Методические рекомендации),

– 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,

– Письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 15.01.21г №00-10-26-2-06/135 о разъяснениях по оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц,

и на основании:

– Постановления Правительства Ленинградской области от 30.12.2020г №893 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ленинградской области на 2021 год и плановый период 2022 и 2023 годов» (далее – ТП ОМС в ЛО),

– Распоряжения Комитета по здравоохранению Ленинградской области от 12.01.2021г №4-О «Об утверждении распределения медицинских организаций Ленинградской области в соответствии с трехуровневой системой оказания медицинской помощи на 2021 год»,

– Распоряжения Комитета по здравоохранению Ленинградской области от 12.01.2021г №5-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 2021 год»,

– Протоколов заседания №19 от 30.12.2020г, №1 от 19.01.2021г 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 затратноемкости 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 настоящими рекомендациями (средняя стоимость законченного случая лечения);

Коэффициент относительной затратноемкости – 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: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов;

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

Коэффициент уровня медицинской организации – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

Коэффициент подуровня медицинской организации – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций одного уровня, обусловленный объективными причинами;

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

Подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний – группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратно-емкости, отличный от коэффициента относительной затратно-емкости по клинико-статистической группе, с учетом правил выделения и применения подгрупп, установленных Приложением 12 к настоящим рекомендациям;

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, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

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:

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, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной 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 (далее – Подушевой норматив по скорой медицинской помощи).

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

При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию применяется способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи (далее – Подушевой норматив на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи). При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

При оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами

применяется способ оплаты по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации с учетом критерия соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению").

Способы оплаты медицинской помощи, используемые при оплате медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Ленинградской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи, видов оказываемой медицинской помощи по КСГ, форм оказания медицинской помощи, а также структурных подразделений (ФП/ ФАП, с указанием их количества), входящих в состав медицинской организации, приводятся в Приложении 1 к Тарифному соглашению.

III. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи должны определяться в зависимости от формы, вида и условий оказания медицинской помощи по способам оплаты медицинской помощи, указанным в разделе II Тарифного соглашения, 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 соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов

питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Структура тарифа 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.

В соответствии с частью 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» пациент имеет право на получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях.

Согласно статье 37 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации.

При включении в стандарты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, лечебного питания, данные расходы осуществляются за счет средств обязательного медицинского страхования по заболеваниям и состояниям, входящим в территориальную программу обязательного медицинского страхования.

Расходы на специализированные продукты лечебного питания, не входящего в стандарт медицинской помощи, назначенные и примененные при наличии медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии, также обеспечиваются за счет средств 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.

Перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по Подушевому нормативу по скорой медицинской помощи, 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 том числе с проведением тромболизиса, за исключением:

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

Перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по Подушевому нормативу на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи 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, специализированную медицинскую помощь, оказываемую в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, комплексное посещение при проведении всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядка проведения которых установлены нормативно-правовыми актами, обращение в связи с заболеванием, посещение в неотложной форме, случай лечения, госпитализация, а также расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, за исключением:

- средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов,
- расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно - генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии,
- расходов на оплату тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)»,
- расходов на оплату услуг амбулаторного диализа,
- расходов на высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП),
- размера средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в условиях стационара и дневного стационара 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.

2. Размеры тарифов на оплату медицинской помощи определены дифференцированно с учетом уровня/подуровня медицинской организации, и указаны в следующих перечнях:

«Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания скорой медицинской помощи по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 2 к Тарифному соглашению,

«Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания амбулаторной медицинской помощи в неотложной форме по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 3 к Тарифному соглашению,

«Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания амбулаторной медицинской помощи по посещениям с профилактическими и иными целями (за исключением Диспансеризации и профилактических медицинских осмотров) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 4 к Тарифному соглашению,

«Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания амбулаторной медицинской помощи по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 5 к Тарифному соглашению,

«Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания амбулаторной медицинской помощи по обращениям в связи с заболеваниями (за законченный случай) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 6 к Тарифному соглашению,

«Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания амбулаторной медицинской помощи по поводу заболевания при проведении отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 7 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 2021г.», согласно Приложению 8 к Тарифному соглашению,

«Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 9 к Тарифному соглашению.

Коэффициенты для оплаты медицинской помощи определены в соответствии с Требованиями, с учетом уровня/подуровня оказания медицинской помощи:

1) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации первого уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) (за исключением медицинской

помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами);

2) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации второго уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению нескольких муниципальных образований, а также указанной медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами;

3) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации третьего уровня (структурном подразделении) применяется при расчете тарифа на оплату специализированной медицинской помощи медицинскими организациями (структурными подразделениями), оказывающими высокотехнологичную медицинскую помощь.

Коэффициенты для оплаты медицинской помощи установлены с учетом уровня/подуровня оказания медицинской помощи в следующих приложениях к Тарифному соглашению:

«Коэффициенты для оплаты оказания скорой медицинской помощи по медицинским организациям по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 10 к Тарифному соглашению,

«Коэффициенты для оплаты оказания амбулаторной медицинской помощи в неотложной форме по медицинским организациям по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 11 к Тарифному соглашению,

«Коэффициенты для оплаты оказания амбулаторной медицинской помощи по посещениям с профилактическими и иными целями (за исключением Диспансеризации и профилактических медицинских осмотров) по медицинским организациям по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 12 к Тарифному соглашению,

«Коэффициенты для оплаты оказания амбулаторной медицинской помощи по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам по медицинским организациям по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 13 к Тарифному соглашению,

«Коэффициенты для оплаты оказания амбулаторной медицинской помощи по обращениям в связи с заболеваниями (за законченный случай) по

медицинским организациям по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 14 к Тарифному соглашению,

«Коэффициенты для оплаты оказания амбулаторной медицинской помощи по поводу заболевания при проведении отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) по медицинским организациям, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 15 к Тарифному соглашению,

«Коэффициенты для оплаты оказания медицинской помощи в условиях стационара по медицинским организациям по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 16 к Тарифному соглашению,

«Коэффициенты для оплаты оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара по медицинским организациям по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 17 к Тарифному соглашению.

3. При определении тарифа на оплату медицинской помощи, используемого при оплате медицинской помощи способами

- по Подушевому нормативу на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи,

- по Подушевому нормативу по скорой медицинской помощи,

установлены:

3.1. Размер среднего Подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо, согласно Приложению 18 к Тарифному соглашению:

«Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, с коэффициентами по медицинским организациям, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021 год»,

«Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, по медицинским организациям, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021 год, в месяц», согласно Приложению 19 к Тарифному соглашению.

Размер среднего подушевого норматива финансирования по скорой медицинской помощи, в расчете на 1 застрахованное лицо, согласно Приложению 20 к Тарифному соглашению:

«Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи, с коэффициентами по медицинским организациям по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021 год»,

«Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи, по медицинским организациям по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021 год, в месяц», согласно Приложению 21 к Тарифному соглашению.

3.2. Значение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключая влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи (включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (единого, равного 1), стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, в том числе за вызов скорой медицинской помощи, и оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности:

- по Подушевому нормативу на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, согласно Приложению 18 к Тарифному соглашению,

- по Подушевому нормативу по скорой медицинской помощи, согласно Приложению 20 к Тарифному соглашению.

При этом критерии отдаленности установлены Комиссией по разработке ТПОМС в Ленинградской области, с учетом расходов на содержание медицинской организации и оплату труда персонала исходя из расположения и отдаленности обслуживаемых территорий применяются следующие коэффициенты дифференциации в размере:

для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, не менее 1,113,

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

3.3. Значение коэффициента специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования установлено:

- по Подушевому нормативу на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, согласно Приложению 18 к Тарифному соглашению,

- по Подушевому нормативу по скорой медицинской помощи, согласно Приложению 19 к Тарифному соглашению,

учитывающего следующие критерии:

половозрастной состав обслуживаемого населения, при этом для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше установлено значение половозрастного коэффициента в размере 1,6:

- по Подушевому нормативу на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, согласно Приложению 22 к Тарифному соглашению,

- по Подушевому нормативу по скорой медицинской помощи, согласно Приложению 23 к Тарифному соглашению,

плотность расселения обслуживаемого населения;

транспортная доступность;

уровень и структура заболеваемости обслуживаемого населения;

климатические и географические особенности территории обслуживания населения;

достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, согласно Указу Президента Российской

Федерации от 7 мая 2012 г. N 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики";

районный коэффициент к заработной плате и процентные надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации или г. Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР, или коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг, равный 1.

3.4. Размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания (вызов скорой медицинской помощи, за медицинскую услугу, комплексное посещение, посещение, обращение (законченный случай), применяемые в том числе при проведении межтерриториальных расчетов, в амбулаторных условиях установлены в следующих Сборниках тарифов:

- «Сборник тарифов за вызов скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 24 к Тарифному соглашению,
- «Сборник тарифов на оплату посещений в неотложной форме в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 25 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 2021г.», согласно Приложению 26 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" и диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 27 к Тарифному соглашению,
- «Сборник тарифов на оплату комплексного посещения при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в

амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 28 к Тарифному соглашению,

– «Сборник тарифов на оплату комплексного посещения при проведении профилактического медицинского осмотра определенных групп взрослого населения в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 29 к Тарифному соглашению,

– «Сборник тарифов на оплату комплексного посещения при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 30 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 2021г.», согласно Приложению 31 к Тарифному соглашению,

– «Сборник тарифов на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) при оказании амбулаторной медицинской помощи по поводу заболевания по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 32 к Тарифному соглашению,

– «Сборник тарифов на оплату тестирования групп риска на выявление новой коронавирусной инфекции (далее - COVID-19) при оказании при оказании медицинских услуг по амбулаторной медицинской помощи по поводу заболевания в медицинских организациях Ленинградской области по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 33 к Тарифному соглашению.

Базовый тариф на оплату гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») установлен, в соответствии с Методическими рекомендациями, с учетом коэффициентов относительной затратоемкости в следующем сборнике:

«Сборник тарифов на оплату медицинских услуг (Гемодиализ) при оказании медицинской помощи амбулаторной медицинской помощи по поводу заболевания, в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по отдельным лечебно-диагностическим процедурам по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 34 к Тарифному соглашению.

3.5 Значение коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи является единым для всей территории Ленинградской области, равен 1.

3.6 Значения коэффициента уровня оказания медицинской помощи, включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации):

- по Подушевому нормативу на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, согласно Приложению 18 к Тарифному соглашению.

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

- по Подушевому нормативу на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, согласно Приложению 18 к Тарифному соглашению.

3.8 Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации - фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, рассчитан в соответствии с Методическими рекомендациями.

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

и установлен в размере:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей, – 960,17 тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, – 1 010,7 тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, – 1 601,2 тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500

до 2000 жителей, – 1 798,0 тыс. рублей.

3.9 Значение коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации - фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н), согласно Приложению 35 к Тарифному соглашению:

«Финансовое обеспечение фельдшерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов (далее - ФП, ФАП) с указанием диапазона численности обслуживаемого населения в соответствии с ТП ОМС (в рамках базовой) на 2021г., с учетом коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат, учитывающими критерий соответствия требованиям, установленным об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, на 2021 год установлен согласно Приложению 35 Тарифного соглашения.

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

3.10 Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки (включая целевые значения), а также размеры установлены согласно Приложению 36 к Тарифному соглашению, и порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей (в случае, если в тарифном соглашении определен способ оплаты медицинской помощи, указанный в пп.1 п.5 Требований, применяемый с учетом показателей результативности деятельности медицинских организаций), установлен согласно Приложению 37 к Тарифному соглашению.

При оплате амбулаторной стоматологической медицинской помощи по посещениям и обращениям рекомендуется учитывать условные единицы трудоемкости (УЕТ). Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании

первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях указано в Приложении 38 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), установлено:

4.1. Перечень групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ или КППГ, присутствующие в перечне заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в составе программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, указываются в соответствии с перечнем, приведенным в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи:

- за медицинскую помощь, оказанную в стационарных условиях согласно Приложению 39 к Тарифному соглашению,

- за медицинскую помощь, оказанную в условиях дневного стационара согласно Приложению 40 к Тарифному соглашению.

4.2 Значения коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке, исключая влияние применяемых коэффициентов относительной затратноёмкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации и коэффициента сложности лечения пациентов составляет:

65% от значения норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования – 45 635,6 тыс. руб.,

63% от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневного стационара, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования – 22 584,7 тыс. руб.

Размер средней стоимости законченного случая лечения – Базовая ставка в разрезе условий оказания указанной медицинской помощи составляет:

- в стационарных условиях – 29 664,00 тыс. руб.,
- в условиях дневного стационара – 14 187,32 тыс. руб.

4.3 Значения коэффициента относительной затратоемкости оказания медицинской помощи по перечню групп заболеваний, в том числе КСГ или КПГ, присутствующим в перечне заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в составе программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, установлены в соответствии с перечнем, приведенным в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в разрезе условий оказания указанной медицинской помощи:

- за медицинскую помощь, оказанную в стационарных условиях согласно Приложению 39 к Тарифному соглашению,

- за медицинскую помощь, оказанную в условиях дневного стационара согласно Приложению 40 к Тарифному соглашению.

4.4 Значение коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи в Ленинградской области, является единым, равным 1.

4.5 Значения коэффициента спецификации оказания медицинской помощи установлены в разрезе условий оказания медицинской помощи:

- за медицинскую помощь, оказанную в стационарных условиях согласно Приложению 41 к Тарифному соглашению,

- за медицинскую помощь, оказанную в условиях дневного стационара согласно Приложению 42 к Тарифному соглашению.

4.6 Значения коэффициента сложности лечения пациента (далее – КСЛП) установлены за медицинскую помощь, оказанную в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, согласно Приложению 43 к Тарифному соглашению, в соответствии с «Регламентацией применения КСЛП», согласно Приложению 44 к Тарифному соглашению.

4.7 Значения коэффициента уровня / подуровня медицинской организации по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ и КПГ, в разрезе медицинских организаций установлены по условиям оказания медицинской помощи:

- за медицинскую помощь, оказанную в стационарных условиях согласно Приложению 45 к Тарифному соглашению,

- за медицинскую помощь, оказанную в условиях дневного стационара согласно Приложению 46 к Тарифному соглашению.

4.8 Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по перечню высокотехнологичной медицинской помощи, установленному в территориальной программе обязательного медицинского страхования, в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, приведенной в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, установлены в Приложении 47 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 2021г.».

4.9 Доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с долями заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, приведенной в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи установлены в Приложении 48 к Тарифному соглашению.

4.10 Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ или КПГ, установлены при оплате случаев проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых по условиям оказания медицинской помощи:

- за медицинскую помощь, оказанную в стационарных условиях согласно Приложению 39 к Тарифному соглашению,

- за медицинскую помощь, оказанную в условиях дневного стационара согласно Приложению 40 к Тарифному соглашению.

Особенности оплаты случаев проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых определяются согласно приложению 49 к Тарифному соглашению.

4.11 Размеры оплаты случаев оказания медицинской помощи, предусмотренных пп.3 п.5 Требований:

- при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии,

- при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии

установлены в Приложении 50 к Тарифному соглашению «Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи».

Перечни КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее установлены в разрезе условий оказания медицинской помощи в приложениях:

«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 2021г», согласно Приложению 51 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 2021г», согласно Приложению 52 к Тарифному соглашению.

Также Сторонами установлены следующие приложения:

«Перечень КСГ в условиях стационара, к которым не применяются понижающие коэффициенты специфики (КС) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 53 к Тарифному соглашению,

«Перечень КСГ в условиях стационара, к которым не применяются повышающие коэффициенты специфики (КС) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 54 к Тарифному соглашению,

«Перечень КСГ в условиях стационара с применением хирургического вмешательства или тромболитической терапии по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.», согласно Приложению 55 к Тарифному соглашению,

«Перечень КСГ в условиях дневного стационара с применением хирургического вмешательства или тромболитической терапии по ТП ОМС в ЛО на 2021г.», согласно Приложению 56 к Тарифному соглашению,

«Основные подходы к оплате медицинской помощи с применением телемедицинских технологий по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021 год», согласно Приложению 57 к Тарифному соглашению,

«Основные подходы к оплате медицинской помощи в рамках межучрежденческих и межтерриториальных расчетов по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021 год», согласно Приложению 58 к Тарифному соглашению.

IV. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ, НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

Для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ленинградской области на 2021 год Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с п.9.1 части 1 статьи 7 Федерального закона N 326-ФЗ (далее - порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи), методике исчисления размеров неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и размеров уплаты штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, устанавливаемой Правилами обязательного медицинского страхования, утверждёнными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. N 108н.

V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2021 года и действует по 31 декабря 2021 года включительно, и применяется при расчетах за случаи оказания медицинской помощи по дате окончания лечения с 01 января 2021 года (включительно) по 31 декабря 2021 года (включительно).

2. В тарифное соглашение вносятся изменения:

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

б) при внесении изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями (при утверждении распределения объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями не в составе тарифного соглашения - в случае необходимости дополнения (исключения) сведений, предусмотренных в разделах 5 и 6 Требований, для медицинских организаций, объемы предоставления медицинской помощи по которым изменяются);

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

г) при внесении изменений в Требования, приводящие к изменению структуры и содержания тарифного соглашения;

д) при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

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

3. Внесение изменений в тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

Неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения являются:

Приложение 1 – Способы оплаты медицинской помощи, используемые при оплате медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих

деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Ленинградской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи, видов оказываемой медицинской помощи по КСГ, форм оказания медицинской помощи, а также структурных подразделений (ФП/ ФАП, с указанием их количества), входящих в состав медицинской организации, по ТПОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021 г.,

Приложение 2 – Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания скорой медицинской помощи по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 3 – Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания амбулаторной медицинской помощи в неотложной форме по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 4 – Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания амбулаторной медицинской помощи по посещениям с профилактическими и иными целями (за исключением Диспансеризации и профилактических медицинских осмотров) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 5 – Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания амбулаторной медицинской помощи по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 6 – Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания амбулаторной медицинской помощи по обращениям в связи с заболеваниями (за законченный случай) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 7 – Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания амбулаторной медицинской помощи по поводу заболевания при проведении отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 8 – Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания медицинской помощи в условиях стационара по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 9 – Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 10 – Коэффициенты для оплаты оказания скорой медицинской помощи по медицинским организациям по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 11 – Коэффициенты для оплаты оказания амбулаторной медицинской помощи в неотложной форме по медицинским организациям по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 12 – Коэффициенты для оплаты оказания амбулаторной медицинской помощи по посещениям с профилактическими и иными целями (за исключением Диспансеризации и профилактических медицинских осмотров) по медицинским организациям по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 13 – Коэффициенты для оплаты оказания амбулаторной медицинской помощи по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам по медицинским организациям по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 14 – Коэффициенты для оплаты оказания амбулаторной медицинской помощи по обращениям в связи с заболеваниями (за законченный случай) по медицинским организациям по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 15 – Коэффициенты для оплаты оказания амбулаторной медицинской помощи по поводу заболевания при проведении отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) по медицинским организациям, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 16 – Коэффициенты для оплаты оказания медицинской помощи в условиях стационара по медицинским организациям по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 17 – Коэффициенты для оплаты оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара по медицинским организациям по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 18 – Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, с коэффициентами по медицинским организациям, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021 год,

Приложение 19 – Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, по медицинским организациям, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021 год, в месяц,

Приложение 20 - Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи, с коэффициентами по медицинским организациям по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021 год,

Приложение 21 - Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи, по медицинским организациям по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021 год, в месяц,

Приложение 22 - Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 23 - Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 24 - Сборник тарифов за вызов скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 25 - Сборник тарифов на оплату посещений в неотложной форме в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 26 - 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 2021г.,

Приложение 27 - 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 и диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и

детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 28 - Сборник тарифов на оплату комплексного посещения при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 29 - Сборник тарифов на оплату комплексного посещения (законченного случая) при проведении профилактического медицинского осмотра определенных групп взрослого населения в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 30 - Сборник тарифов на оплату комплексного посещения (законченного случая) при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 31 - Сборник тарифов на оплату обращений в связи с заболеваниями (за законченный случай) в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 32 - Сборник тарифов на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) при оказании амбулаторной медицинской помощи по поводу заболевания по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 33 - Сборник тарифов на оплату тестирования групп риска на выявление новой коронавирусной инфекции (далее - COVID-19) при оказании медицинских услуг по амбулаторной медицинской помощи по поводу заболевания в лабораториях медицинских организаций Ленинградской области по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 34 - Сборник тарифов на оплату медицинских услуг (Гемодиализ) при оказании амбулаторной медицинской помощи по поводу заболевания, в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по отдельным лечебно-диагностическим процедурам по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 35 - Финансовое обеспечение фельдшерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов (далее - ФП, ФАП) с указанием диапазона численности обслуживаемого населения в соответствии с ТП ОМС (в рамках

базовой) на 2021г., с учетом коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат, учитывающими критерий соответствия требованиям, установленным об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению,

Приложение 36 - Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 37 - Порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 38 - 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 2021г.,

Приложение 39 - Перечень групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ и КПП, значения коэффициентов относительной затратно-емкости оказания медицинской помощи, доли заработной платы в структуре затрат в условиях стационара по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021 год,

Приложение 40 - Перечень групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ и КПП, значения коэффициентов относительной затратно-емкости оказания медицинской помощи, доли заработной платы в структуре затрат в условиях дневного стационара по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021 год,

Приложение 41 - Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи в условиях стационара по перечню КСГ, КПП по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021 год,

Приложение 42 - Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара по перечню КСГ, КПП по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021 год,

Приложение 43 - 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 2021г.,

Приложение 44 - Регламентация применения КСЛП,

Приложение 45 - Коэффициенты уровня медицинской организации (КУС) в условиях стационара по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 46 - Коэффициенты уровня медицинской организации (КУС) в условиях дневного стационара по ТП ОМС в ЛО на 2021г.,

Приложение 47 - Сборник тарифов на оплату законченного случая лечения в стационарных условиях (с использованием ВМП) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 48 - Коэффициенты дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по ВМП на 2021 год,

Приложение 49 - Особенности оплаты случаев проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых,

Приложение 50 - Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи,

Приложение 51 - 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 2021г.,

Приложение 52 - 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 2021г.,

Приложение 53 - Перечень КСГ в условиях стационара, к которым не применяются понижающие коэффициенты специфики (КС), по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 54 - Перечень КСГ в условиях стационара, к которым не применяются повышающие коэффициенты специфики (КС), по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 55 - Перечень КСГ в условиях стационара с применением хирургического вмешательства или тромболитической терапии по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021г.,

Приложение 56 - Перечень КСГ в условиях дневного стационара с применением хирургического вмешательства или тромболитической терапии по ТП ОМС в ЛО на 2021г.,

Приложение 57 - Основные подходы к оплате медицинской помощи с применением телемедицинских технологий по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021 год,

Приложение 58 - Основные подходы к оплате медицинской помощи в рамках межучрежденческих и межтерриториальных расчетов по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2021 год.

Подписи Сторон:

Комитет по
здравоохранению
Ленинградской
области



С.В. Вылегжанин

Территориальный
фонд обязательного
медицинского
страхования
Ленинградской
области



А.Н. Алексеев

ООО «Страховая
медицинская
компания
РЕСО-Мед»



Ю.А. Еремеев

Региональная
общественная
организация
«Врачебная
палата
Ленинградской
области»



Е.В. Костюшов

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



И.Г. Элиович