

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2019 ГОД

28 января 2019 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 Алексеева 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 2019 год** (далее – Тарифное соглашение) 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 10.12.2018г №1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» (далее – Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи),
- Приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 28.02.2011г №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее - Приказ Минздравсоцразвития РФ №158н),
- 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 21.12.2018г №11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»,
- Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018г №247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»,
- Приказом ФОМС от 01.12.2010г №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – Приказ ФОМС №230),
- Приказом ФОМС 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 21.11.2018г Министерства здравоохранения Российской Федерации №11-7/10/2-7543 и Федерального фонда обязательного

медицинского страхования №14525/26-1/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 03.12.18г №15031/26-1/и, о направлении в дополнение к Методическим рекомендациям в электронном виде:

– расшифровки клинико-статистических групп (далее КСГ) для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (файл «Расшифровка групп КС» в формате MS Excel),

– расшифровки клинико-статистических групп (далее КСГ) для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (файл «Расшифровка групп ДС» в формате MS Excel),

– инструкции 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),

и на основании:

– Постановления Правительства Ленинградской области от 29.12.2018г №542 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ленинградской области на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов» (далее – Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ленинградской области),

– Распоряжения Комитета по здравоохранению Ленинградской области от 10.01.19г №3/1-О «Об утверждении распределения медицинских организаций Ленинградской области в соответствии с трехуровневой системой оказания медицинской помощи на 2019 год»,

– Распоряжения Комитета по здравоохранению Ленинградской области от 15.01.19г №5/1-О «Об организации питания пациентам дневного стационара в медицинских организациях Ленинградской области»,

– Протокола заседания №1 от 23.01.2019г 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) в условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи по Территориальной (в рамках базовой) программе обязательного медицинского страхования в Ленинградской области.

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 затратноемкости и поправочных коэффициентов.

Базовая ставка – средний объемов 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 бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ленинградской области, с учетом параметров, предусмотренных Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС (средняя стоимость законченного случая лечения).

Коэффициент относительной затратноемкости – 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), установленный Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС.

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

Управленческий коэффициент - 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.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи - 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 - коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами.

Коэффициент сложности лечения пациентов - коэффициент, устанавливаемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

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 Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

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:

1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:
 - 1.1. по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);
 - 1.2. 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).

2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) и в условиях дневного стационара:

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

2.2. 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.

3. 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.

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 «XI. Методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития РФ №158н (далее – Методика расчета тарифов).

Под «тарифом» также понимается подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц (далее - подушевой норматив) на оплату амбулаторной медицинской помощи и подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи.

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), оказываемой вне медицинской организации (скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь), в условиях дневного стационара (первичная медико-санитарная 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 (специализированная):

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.

Тарифы на оплату амбулаторно-поликлинической помощи предусматривают компенсацию затрат как на посещение специалиста определенного профиля, так и распределенные по профильным посещениям расходы на проведение лечебных манипуляций, медицинских услуг вспомогательной и лечебно-диагностической службы.

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 оказания амбулаторной медицинской помощи выделены подуровни 1.1, 1.2.

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 амбулаторной медицинской помощи - 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6,
- 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 2019г», 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 2019г», 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 (в рамках базовой) на 2019г», 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 2019г», 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,
- расходов на оплату услуг диализа, магнитно-резонансной томографии (МРТ) в амбулаторных условиях,
 - расходов на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме,
 - расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.
- 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 тромболитика, за исключением расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой лицам, застрахованным за пределами Ленинградской области.

3.2. 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, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи (медицинской услуги - диализа, МРТ) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г, без учета финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной на территориях других субъектов Российской Федерации лицам, застрахованным в Ленинградской области:

- в амбулаторных условиях – 4 862,9 рублей в год на 1 застрахованного,
- в скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, – 873,3 рублей в год на 1 застрахованного.

3.3. Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, с учетом единого для Ленинградской области коэффициента дифференциации субъекта в размере 1,003, составляет:

- в амбулаторных условиях – 3 041,04 рублей в год (253,42 рублей в месяц) на 1 застрахованного,
- в скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, – 873,3 рублей в год (72,78 рублей в месяц) на 1 застрахованного.

3.4. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для однородных групп медицинских организаций, рассчитанных на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования и коэффициентов дифференциации, учитывающих следующие критерии:

половозрастной состав,
плотность населения,
транспортная доступность,
уровень и структура заболеваемости населения,
климатические и географические особенности регионов,
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,

3.4.1. в амбулаторных условиях установлены согласно Приложению 7 к Тарифному соглашению «Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для однородных групп медицинских организаций по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г».

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива определен, в соответствии с Методическими рекомендациями, по каждой медицинской организации, согласно Приложению 6 к Тарифному соглашению «Коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для однородных групп медицинских организаций по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г», по следующей формуле:

$K_{Динт} = K_{Дпв} \times K_{Дсп} \times K_{Дпн} \times K_{Дси} \times K_{Дзп}$, где:

$K_{Динт}$ интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации,

$K_{Дпв}$ половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации, согласно Приложению 5 к Тарифному соглашению,

$K_{Дсп}$ коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений,

$K_{Дпн}$ коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность прикрепленного населения Ленинградской области,

$K_{Дси}$ коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание

медицинских организаций,

КД_{ЗП} коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Ленинградской области.

3.4.2. в скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, установлены согласно Приложению 10 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 2019г».

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива определен, в соответствии с Методическими рекомендациями, по каждой медицинской организации, согласно Приложению 9 к Тарифному соглашению «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 2019г», по следующей формуле:

$KD_{\text{ИНТ}} = KD_{\text{ПВС}} \times KD_{\text{СР}} \times KD_{\text{ПН}} \times KD_{\text{СИ}} \times KD_{\text{ЗП}}$, где:

КД_{ИНТ} интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации,

КД_{ПВС} половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации, согласно Приложению 8 к Тарифному соглашению,

КД_{СР} коэффициент дифференциации, учитывающий средний радиус территории обслуживания,

КД_{ПН} коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность населения Ленинградской области,

КД_{СИ} коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций,

КД_{ЗП} коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Ленинградской области.

3.5. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), профилактические мероприятия, включая Диспансеризацию, вызов скорой помощи), применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Ленинградской области лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации:

- «Сборник тарифов на оплату посещений в неотложной форме в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г Часть I, Часть I.1, Часть II», согласно Приложению 11 к Тарифному соглашению,
- «Сборник тарифов на оплату медицинских услуг (МРТ) при оказании амбулаторной медицинской помощи в неотложной форме по отдельным лечебно-диагностическим процедурам по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г Часть II», согласно Приложению 12 к Тарифному соглашению,
- «Сборник тарифов на оплату посещений с профилактическими и иными целями (за исключением Диспансеризации) в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г Часть I, Часть I.1, Часть IA, Часть IB, Часть IC, Часть ID, Часть IE, Часть II», согласно Приложению 13 к Тарифному соглашению,
- «Сборник тарифов на оплату посещений с профилактическими и иными целями (Диспансеризация) в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г Часть I, Часть I.1, Часть II», в том числе на медицинские услуги с применением мобильных медицинских комплексов, согласно Приложению 14 к Тарифному соглашению,
- «Сборник тарифов на оплату медицинских услуг (ИПК, ГПК) при оказании амбулаторной медицинской помощи с профилактическими и иными целями (Диспансеризация) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г Часть I, Часть I.1», согласно Приложению 15 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 2019г Часть I, Часть I.1, Часть IA, Часть IB, Часть IC, Часть ID, Часть IE, Часть II», согласно Приложению 16 к Тарифному соглашению,
- «Сборник тарифов на оплату медицинских услуг (МРТ) при оказании амбулаторной медицинской помощи в связи с заболеваниями по отдельным лечебно-диагностическим процедурам по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г Часть I, Часть I.1, Часть II», согласно Приложению 17 к Тарифному соглашению,
- «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 2019г», согласно Приложению 18 к Тарифному соглашению,

- «Сборник тарифов за вызов скорой медицинской помощи по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г Часть I», 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 2019г», согласно Приложению 20 к Тарифному соглашению,
- «Инструкция по использованию основных медицинских услуг при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ), по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г», согласно Приложению 20.1 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 (КПГ) и коэффициентами относительной затратоемкости КСГ/КПГ (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 21 к Тарифному соглашению «Файл Расшифровка групп КС в редакции письма ФОМС от 03.12.18г»,
- 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 22 к Тарифному соглашению «Файл Расшифровка групп ДС в редакции письма ФОМС от 03.12.18г»,
- 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 23 к Тарифному соглашению «Файл Инструкция по группировке случаев в редакции письма ФОМС от 03.12.18г».

4.1. 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, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи (медицинской услуги - диализа), установленных ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г 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 – 5619,2 рублей в год на 1 застрахованного,
- в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара – 1173,8 рублей в год на 1 застрахованного.

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

- в условиях стационара, в соответствии с Приложением 24 к Тарифному соглашению,
- в условиях дневного стационара, в соответствии с Приложением 25 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 2019г, с учетом единого для Ленинградской области коэффициента дифференциации субъекта в размере 1,003, составляет:

- в условиях стационара – 27 256,05 рублей на 1 госпитализацию (законченный случай), без учета средств на высокотехнологичную медицинскую помощь и медицинские услуги,
- в условиях дневного стационара – 13 435,03 рублей на 1 случай лечения.

Стоимость одного случая госпитализации в условиях стационара (СС_{КСГ/КПП}) по КСГ или КПП, в соответствии с Методическими рекомендациями определяется по следующей формуле:

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

БС размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), рублей,

КЗ_{КСГ/КПП} коэффициент относительной затратноемкости по КСГ или КПП, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне),

ПК поправочный (интегрированный) коэффициент оплаты КСГ или КПП.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПП рассчитывается для конкретного случая с учетом установленных коэффициентов оплаты по следующей формуле:

$$ПК = КУ_{КСГ/КПП} \times КУС_{МО} \times КСЛП, \text{ где:}$$

$КУ_{КСГ/КПП}$ управленческий коэффициент по КСГ или КПП, к которой отнесен данный случай госпитализации,

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

$КСЛП$ коэффициент сложности лечения пациента.

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

- Управленческие коэффициенты (КУ) в стационарных условиях, согласно Приложению 24 к Тарифному соглашению,
- Управленческие коэффициенты (КУ) в условиях дневного стационара, согласно Приложению 25 к Тарифному соглашению,
- Коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП), согласно Приложению 26 к Тарифному соглашению,
- Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации (КУС) в стационарных условиях, согласно Приложению 27 к Тарифному соглашению,
- Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации (КУС) в условиях дневного стационара, согласно Приложению 28 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 2019г», согласно Приложению 29 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 2019г», согласно Приложению 30 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 2019г», согласно Приложению 31 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 2019г», согласно Приложению 32 к Тарифному соглашению.

4.5. Размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в 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 диализа.

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 2019г», согласно Приложению 33 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 2019г», согласно Приложению 34 к Тарифному соглашению.

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

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

Перечень КСГ в условиях стационара с применением хирургического лечения или тромболитической терапии установлен в соответствии с Приложением 35 к Тарифному соглашению.

Перечень КСГ в условиях дневного стационара с применением хирургического лечения или тромболитической терапии установлен в соответствии с Приложением 36 к Тарифному соглашению.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ или КПП;
- при длительности лечения более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ или КПП.

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:

- 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.

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

4.6. Тарифы на оплату услуг диализа установлены в соответствии с Приложением 37 к Тарифному соглашению «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 2019г Часть I, Часть II».

Базовый тариф на оплату диализа в амбулаторных и стационарных условиях (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») - 5949,0 рублей, с учетом единого для Ленинградской области коэффициента дифференциации субъекта в размере 1,003.

В соответствии с Приложением 4 к Методическим рекомендациям для расчета услуг диализа, оказываемых в амбулаторных и стационарных условиях, к базовому тарифу установлены коэффициенты относительной затратоемкости, согласно Приложению 37 к Тарифному соглашению.

Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа установлена в соответствии с Методическими рекомендациями, согласно Приложению 38 к Тарифному соглашению.

4.7. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи установлены на методы лечения, установлены в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, с учетом единого для Ленинградской области коэффициента дифференциации субъекта в размере 1,003, согласно Приложению 39 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 2019г Часть II».

Оплата случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи установлена в соответствии с Методическими рекомендациями, согласно Приложению 40 к Тарифному соглашению.

4.8. Оплата случаев лечения заболеваний по профилю «Медицинская реабилитация» установлена в соответствии с Методическими рекомендациями, согласно Приложению 41 к Тарифному соглашению.

4.9. Оплата случаев лечения заболеваний по профилю «Акушерство и гинекология» установлена в соответствии с Методическими рекомендациями, согласно Приложению 42 к Тарифному соглашению.

4.10. Оплата случаев лечения заболеваний по профилю «Онкология» установлена в соответствии с Методическими рекомендациями, согласно Приложению 43 к Тарифному соглашению.

4.11. Подходы к формированию отдельных групп КСГ, имеющих определенные особенности, установлены в соответствии с Инструкцией, согласно Приложению 44 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 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 2019 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 45 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 2019 года и действует по 31 декабря 2019 года включительно, и применяется при расчетах за случаи оказания медицинской помощи по дате окончания лечения с 01 января 2019 года (включительно) по 31 декабря 2019 года (включительно).

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

5. 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 2019г»,

Приложение 2 - «Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания медицинской помощи в условиях стационара по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г»,

Приложение 3 - «Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г»,

Приложение 4 - «Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания скорой медицинской помощи по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г»,

Приложение 5 - «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г»,

Приложение 6 - «Коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для однородных групп медицинских организаций по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г»,

Приложение 7 - «Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для однородных групп медицинских организаций по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г»,

Приложение 8 - «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г»,

Приложение 9 - «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 2019г»,

Приложение 10 - «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 2019г»,

Приложение 11 - «Сборник тарифов на оплату посещений в неотложной форме в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г Часть I, Часть I.1, Часть II»,

Приложение 12 - «Сборник тарифов на оплату медицинских услуг (МРТ) при оказании амбулаторной медицинской помощи в неотложной форме по отдельным лечебно-диагностическим процедурам по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г Часть II»,

Приложение 13 - «Сборник тарифов на оплату посещений с профилактическими и иными целями (за исключением Диспансеризации) в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г Часть I, Часть I.1, Часть IA, Часть IB, Часть IC, Часть ID, Часть IE, Часть II»,

Приложение 14 - «Сборник тарифов на оплату посещений с профилактическими и иными целями (Диспансеризация) в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г Часть I, Часть I.1, Часть II»,

Приложение 15 - «Сборник тарифов на оплату медицинских услуг (ИПК, ГПК) при оказании амбулаторной медицинской помощи с профилактическими и иными целями (Диспансеризация) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г Часть I, Часть I.1»,

Приложение 16 - «Сборник тарифов на оплату обращений в связи с заболеваниями (за законченный случай) в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г Часть I, Часть I.1, Часть IA, Часть IB, Часть IC, Часть ID, Часть IE, Часть II»,

Приложение 17 - «Сборник тарифов на оплату медицинских услуг (МРТ) при оказании амбулаторной медицинской помощи в связи с заболеваниями по отдельным лечебно-диагностическим процедурам по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г Часть I, Часть I.1, Часть II»,

Приложение 18 - «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 2019г»,

Приложение 19 - «Сборник тарифов за вызов скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г Часть I»,

Приложение 20 - «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 2019г»,

Приложение 20.1 - «Инструкция по использованию основных медицинских услуг при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ), по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г»,

Приложение 21 - «Файл Расшифровка групп КС в редакции письма ФОМС от 03.12.18г»,

Приложение 22 - «Файл Расшифровка групп ДС в редакции письма ФОМС от 03.12.18г»,

Приложение 23 - «Файл Инструкция по группировке случаев в редакции письма ФОМС от 03.12.18г»,

Приложение 24 - «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 2019г»,

Приложение 25 - «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 2019г»,

Приложение 26 - «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 2019г»,

Приложение 27 - «Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи (КУС) в условиях стационара по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г»,

Приложение 28 - «Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи (КУС) в условиях дневного стационара по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г»,

Приложение 29 - «Перечень КСГ в условиях стационара, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи (КУС) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г»,

Приложение 30 - «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 2019г»,

Приложение 31 - «Перечень КСГ в условиях стационара, к которым не применяются понижающие управленческие коэффициенты (КУ) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г»,

Приложение 32 - «Перечень КСГ в условиях стационара, к которым не применяются повышающие управленческие коэффициенты (КУ) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г»,

Приложение 33 - «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 2019г»,

Приложение 34 - «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 2019г»,

Приложение 35 - «Перечень КСГ в условиях стационара с применением хирургического лечения или тромболитической терапии по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г»,

Приложение 36 - «Перечень КСГ в условиях дневного стационара с применением хирургического лечения или тромболитической терапии по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г»,

Приложение 37 - «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 2019г Часть I, Часть II»,

Приложение 38 - «Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа»,

Приложение 39 - «Сборник тарифов на оплату законченного случая лечения в стационарных условиях (с использованием ВМП) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2019г Часть II»,

Приложение 40 - «Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту»,

Приложение 41 - «Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»,

Приложение 42 - «Оплата случаев лечения заболеваний по профилю «Акушерство и гинекология»,

Приложение 43 - «Оплата случаев лечения заболеваний по профилю «Онкология»,

Приложение 44 - «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 45 - «Перечень санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления

медицинской помощи, в сфере обязательного медицинского страхования Ленинградской области на 2019 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»




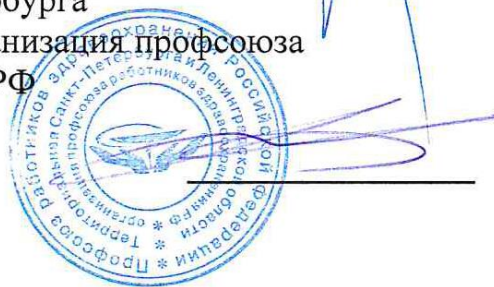
Ю.А. Еремеев

Региональная общественная организация
«Врачебная палата
Ленинградской области»




Е.В. Костюшов

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

И.Г. Элиович