

**Дополнительное соглашение № 2  
к ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ  
в сфере обязательного медицинского страхования  
Амурской области на 2018 год**

г. Благовещенск

22 февраля 2018 г.

Министерство здравоохранения Амурской области в лице министра здравоохранения Амурской области А.Ю.Субботина,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Амурской области в лице и.о. директора Ю.Г.Максимова,

Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Амурской области, в лице директора Амурского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Е.Л.Дьячковой,

Региональная общественная организация «Медицинская Палата Амурской области» в лице председателя правления А.В. Платонова,

Амурская областная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Л.М. Комаровой,

включенные в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Амурской области и именуемые в дальнейшем Стороны, пришли к соглашению о внесении следующих изменений и дополнений в тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Амурской области от 21.12.2017 года:

1. Раздел 2:

- абзацы 6 и 7 подпункта в) пункта 2.15.1.2. исключить.
- абзац 9 подпункта в) пункта 2.15.1.2. дополнить словами «При этом стоимость посещения и обращения корректируется с учетом содержащегося в них количества УЕТ.».
- абзацы 7 и 8 подпункта в) пункта 2.15.2. исключить.
- абзац 10 подпункта в) пункта 2.15.2. дополнить словами «При этом стоимость посещения и обращения корректируется с учетом содержащегося в них количества УЕТ.».

- пункт 2.16. «Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях» изложить в следующей редакции:

«Оплата медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, осуществляется:

- за законченный случай заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний - 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;

- за законченный случай лечения заболевания с применением методов лечения высокотехнологичной помощи (ВМП), объединенных одним профилем стационарной медицинской помощи, по группам ВМП.

Перечень медицинских организаций,  
оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях:

№ п/п	Наименование медицинской организации
<b>I уровень</b> - Медицинские организации, оказывающие 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	
<b>I уровень, подуровень I.I.</b> - Медицинские организации, расположенные на территории ЗАТО, оказывающие населению первичную медико-санитарную помощь, и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь, и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь	
1	МСЧ космодрома «Восточный» Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Дальневосточный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства»
<b>I уровень, подуровень I.II.</b>	
1	ГБУЗ АО «Шимановская больница», за исключением межмуниципального травматологического центра II уровня
2	ГБУЗ АО «Архаринская больница»
3	ГБУЗ АО «Завитинская больница»
4	ГАУЗ АО «Ивановская больница», за исключением отделения медицинской реабилитации
5	ГАУЗ АО «Константиновская больница»
6	ГБУЗ АО «Магдагачинская больница»
7	ГБУЗ АО «Мазановская больница»
8	ГАУЗ АО «Михайловская больница»
9	ГБУЗ АО «Октябрьская больница»
10	ГАУЗ АО «Больница рабочего поселка (пгт) Прогресс»
11	ГБУЗ АО «Ромненская больница»

12	ГБУЗ АО «Селемджинская больница»
13	ГБУЗ АО «Серышевская больница»
14	ГБУЗ АО «Сковородинская центральная районная больница», за исключением межмуниципального травматологического центра II уровня
15	ГАУЗ АО «Тамбовская больница»
16	ГБУЗ АО «Бурейская больница», за исключением межмуниципального травматологического центра II уровня
17	Федеральное государственное казенное учреждение «411 военный госпиталь» Министерства обороны Российской Федерации, г.Белогорск
18	Свободненская больница Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Дальневосточный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» России
19	Федеральное казенное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Амурской области»
20	НУЗ «Узловая больница на станции Февральск открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
21	НУЗ «Узловая больница на станции Юктали открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
<b>II уровень</b> - Медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие в том числе специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, центры, диспансеры	
<b>II уровень, подуровень II.1.</b>	
1	ГАУЗ АО «Белогорская больница»
2	ГБУЗ АО «Свободненская больница»
3	ФГБНУ «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания»
<b>II уровень, подуровень II.2.</b>	
1	ГБУЗ АО «Зейская больница им. Б.Е.Смирнова»
2	ГАУЗ АО «Детская городская клиническая больница»
3	ГБУЗ АО «Райчихинская городская больница»
4	ГАУЗ АО «Тындинская больница»
<b>II уровень, подуровень II.3.</b>	
1	ГАУЗ АО «Амурская областная инфекционная больница»
2	ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»
3	ООО «Эндоскопическая хирургия»
4	ООО «АмурМед»
5	ГАУЗ АО «Ивановская больница» (отделение медицинской реабилитации)
6	ГБУЗ АО «Шимановская больница» (межмуниципальный травматологический центр II уровня)
7	ГБУЗ АО «Сковородинская центральная районная больница» (межмуниципальный травматологический центр II уровня)
8	ГБУЗ АО «Бурейская больница» (межмуниципальный травматологический центр II уровня)
<b>III уровень</b> - Медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь	
<b>III уровень, подуровень III.1.</b>	
1	ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница»
2	ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница»

<b>III уровень, подуровень III.П.</b>	
1	ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница»
2	ГАУЗ АО «Амурский областной онкологический диспансер»
<b>III уровень, подуровень III.П.</b>	
1	ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации
<b>III уровень, подуровень III.IV.</b>	
1	ООО «МЛ Мицар»
2	ООО "Амурский центр микрохирургии глаза"

Специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основании стандартов медицинской помощи.

Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Амурской области за счет субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджету Территориального фонда обязательного медицинского страхования Амурской области.

Организация оказания высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2014 № 930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы».

Случай оказания медицинской помощи в приемном отделении стационара без последующей госпитализации (при отсутствии показаний для госпитализации, при отказе пациента от госпитализации) при условии наблюдения за состоянием здоровья пациента до шести часов оплачивается по стоимости посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме.

КСГ подразделяются на хирургические и терапевтические группы.

В качестве основных критериев группировки используются *код диагноза* в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» (далее – МКБ-10) и *код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии* (далее также – услуги) в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг (далее – Номенклатура), утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н.

В качестве дополнительных критериев при формировании КСГ используются следующие признаки:

– код основного диагноза (при основном критерии группировки – код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии);

- код вторичного диагноза;
- код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (при основном критерии группировки – код диагноза);
- пол;
- возраст;
- длительность пребывания в стационаре;
- оценка состояния пациента (по Шкале оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии, Шкале Реабилитационной Маршрутизации);
- схема лечения;
- длительность непрерывного проведения искусственной вентиляции легких.

Алгоритм отнесения каждого случая к соответствующей КСГ определяется Инструкцией по группировке случаев в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», разработанными Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее – Инструкция).

При наличии хирургических операций и (или) других применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры.

При наличии нескольких хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет наиболее высокий коэффициент относительной затратоемкости. В ряде случаев, предусмотренных Инструкцией, отнесение случая к той или иной КСГ может осуществляться с учетом кода диагноза по МКБ 10.

При отсутствии хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10. Если пациенту оказывалось оперативное лечение, то выбор между применением КСГ, определенной в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10, и КСГ, определенной на основании кода Номенклатуры, осуществляется в соответствии с правилами, приведенными в Инструкции.

Если пациенту оказывалось оперативное лечение, а затратоемкость хирургической группы, к которой был отнесен данный случай меньше затратоемкости терапевтической группы, к которой его можно отнести в соответствии с кодом МКБ–10, оплата осуществляется по группе, сформированной по диагнозу за исключением КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги (приложение № 33).

В том случае, если при оказании медицинской помощи пациенту не выполнялось хирургическое вмешательство, оплата осуществляется по терапевтической КСГ.

Отнесение случая лечения к той или иной терапевтической КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10.

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

К прерванным также относятся все остальные случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, кроме случаев, входящих в группы, перечисленные ниже. Группы круглосуточного стационара, являющиеся исключениями, по которым целесообразно осуществлять оплату в полном объеме, независимо от длительности лечения приведены в таблице.

Таблица 1. Перечень КСГ круглосуточного стационара, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения.

№ КСГ	Наименование КСГ (круглосуточный стационар)
2	Осложнения, связанные с беременностью
3	Беременность, закончившаяся абортным исходом
4	Родоразрешение
5	Кесарево сечение
11	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
12	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)
16	Ангioneвротический отек, анафилактический шок
86	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
99	Сотрясение головного мозга
146	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)
147	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)
148	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)
149	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)
150	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)
151	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)
152	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)
153	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)
154	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)
155	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)
159	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)

№ КСГ	Наименование КСГ (круглосуточный стационар)
157	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
167	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
168	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
172	Замена речевого процессора
173	Операции на органе зрения (уровень 1)
174	Операции на органе зрения (уровень 2)
198	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
219	Отравления и другие воздействия внешних причин
271	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
301	Операции на органах полости рта (уровень 1)
314	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
316	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
320	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

В случае если длительность лечения составила 3 дня и менее и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение, либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 50% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

В случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе) составила более 3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 85% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение, либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 60% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной) в случае, 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 так же при переводе пациента из одной



медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания оплачиваются в размере 100% по соответствующим 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 одного пролеченного случая по двум КСГ: 2 «Осложнения, связанные с беременностью» и 4 «Родоразрешение», а также 2 «Осложнения, связанные с беременностью» и 5 «Кесарево сечение» возможна при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

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

O14.1 Тяжелая преэклампсия.

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

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

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

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

Оплата по двум КСГ осуществляется также в ситуациях, когда пациенту по завершении лечения оказывается медицинская реабилитация в той же медицинской организации по диагнозу, по которому осуществлялось лечение.

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

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

КСГ 1 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» может быть подана на оплату только медицинскими организациями, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

Особенности формирования отдельных КСГ указаны в Инструкции.

Случаи, в которых рекомендуется устанавливать КСЛП, и его значения установлены Приложением № 34 к Тарифному соглашению.



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

При определении фактического количества койко-дней пребывания в рамках одного случая лечения день поступления и день выписки считается за 1 койко-день (в соответствии с приказом Минздрава РФ от 13.11.2003 № 545).

Стандарт медицинской помощи считается выполненным в случае исполнения не менее 80% медицинских услуг, установленных стандартом обследования, с частотой 1 без учета кратности их предоставления и при исполнении не менее 90% медицинских услуг, установленным стандартом лечения, при отсутствии дефектов лечения.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Разделе I Приложения № 5 к Территориальной программе. Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Тарифным соглашением. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий. При этом размер тарифа на оплату медицинской помощи, рассчитанный по КСГ с учетом применения поправочных коэффициентов (за исключением коэффициента сложности лечения пациента) не должен превышать норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему методу.

При необходимости оказания медицинской помощи лицу, ухаживающему за больным ребенком, оплата медицинской помощи осуществляется по соответствующей КСГ в условиях дневного стационара терапевтического профиля.

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

Для КСГ №№ 325-333 в стационарных условиях и для КСГ №№ 123-128 критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ). При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в

стационарных условиях с оплатой по соответствующей КСГ. Градации оценки и описание Шкалы Реабилитационной Маршрутизации приведены в Инструкции.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях круглосуточного стационара осуществляется за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации.

Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопустимо. В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

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

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

- пункт 2.17. «Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара» изложить в следующей редакции:

«Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, осуществляется:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний - 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;

- за законченный случай лечения заболевания с применением методов лечения высокотехнологичной помощи (ВМП), объединенных одним профилем медицинской помощи, по группам ВМП.

Перечень медицинских организаций,  
оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара:

№ п/п	Наименование медицинской организации
1	ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница»
2	ГАУЗ АО «Амурский областной онкологический диспансер»
3	ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница»
4	ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»
5	ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница»
6	ГАУЗ АО «Городская поликлиника № 1» г. Благовещенск
7	ГБУЗ АО «Городская поликлиника № 2» г. Благовещенск
8	ГАУЗ АО «Городская поликлиника № 3» г. Благовещенск
9	ГАУЗ АО «Городская поликлиника № 4» г. Благовещенск
10	ГАУЗ АО «Детская городская клиническая больница»
11	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации
12	ГАУЗ АО «Белогорская больница»
13	ГБУЗ АО «Свободненская больница»
14	ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника»
15	ГБУЗ АО «Шимановская больница»
16	ГБУЗ АО «Архаринская больница»
17	ГБУЗ АО «Зейская больница им. Б.Е.Смирнова»
18	ГБУЗ АО «Завитинская больница»
19	ГАУЗ АО «Ивановская больница»
20	ГАУЗ АО «Константиновская больница»
21	ГБУЗ АО «Магдагачинская больница»
22	ГБУЗ АО «Мазановская больница»
23	ГАУЗ АО «Михайловская больница»
24	ГБУЗ АО «Октябрьская больница»
25	ГБУЗ АО «Райчихинская городская больница»
26	ГАУЗ АО «Больница рабочего поселка (пгт) Прогресс»
27	ГБУЗ АО «Ромненская больница»
28	ГБУЗ АО «Селемджинская больница»
24	ГБУЗ АО «Серышевская больница»
29	ГБУЗ АО «Сковородинская центральная районная больница»
30	ГАУЗ АО «Тамбовская больница»
31	ГАУЗ АО «Тындинская больница»
32	ГБУЗ АО «Бурейская больница»
33	Свободненская больница Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Дальневосточный окружной медицинский

	центр Федерального медико-биологического агентства» России
34	НУЗ «Узловая поликлиника на станции Сковородино открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
35	НУЗ «Отделенческая больница на станции Белогорск открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
36	НУЗ «Узловая поликлиника на станции Магдагачи открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
37	НУЗ «Узловая поликлиника на станции Завитая открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
38	НУЗ «Узловая поликлиника на станции Шимановская открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
39	НУЗ «Узловая поликлиника на станции Ерофей Павлович открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
40	НУЗ «Отделенческая больница на станции Тында открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
41	НУЗ «Узловая больница на станции Февральск открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
42	НУЗ «Узловая больница на станции Юктали открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
43	МСЧ космодрома «Восточный» Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Дальневосточный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства»
44	ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»
45	Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания»
46	ООО «Эндоскопическая хирургия»
47	ООО «АмурМед»
48	ООО "Медлайн-Премьер"
49	ООО «МЛ Мицар»

Общие правила формирования различных КСГ в дневном стационаре те же, что и в круглосуточном.

В качестве основных критериев группировки используются *код диагноза* в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» (далее – МКБ-10) и *код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии* (далее также – услуги) в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг (далее – Номенклатура), утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н.

В качестве дополнительных критериев при формировании КСГ используются следующие признаки:

- код основного диагноза (при основном критерии группировки – код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии);
- код вторичного диагноза;

- код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (при основном критерии группировки – код диагноза);
- пол;
- возраст;
- длительность пребывания в стационаре;
- оценка состояния пациента (по Шкале оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии, Шкале Реабилитационной Маршрутизации);
- схема лечения;
- длительность непрерывного проведения искусственной вентиляции легких.

Алгоритм отнесения каждого случая к соответствующей КСГ определяется Инструкцией по группировке случаев в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», разработанными Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее – Инструкция).

При наличии хирургических операций и (или) других применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры.

При наличии нескольких хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет наиболее высокий коэффициент относительной затратоемкости. В ряде случаев, предусмотренных Инструкцией, отнесение случая к той или иной КСГ может осуществляться с учетом кода диагноза по МКБ 10.

При отсутствии хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10. Если пациенту оказывалось оперативное лечение, то выбор между применением КСГ, определенной в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10, и КСГ, определенной на основании кода Номенклатуры, осуществляется в соответствии с правилами, приведенными в Инструкции.

Если пациенту оказывалось оперативное лечение, а затратоемкость хирургической группы, к которой был отнесен данный случай меньше затратоемкости терапевтической группы, к которой его можно отнести в соответствии с кодом МКБ–10, оплата осуществляется по группе, сформированной по диагнозу.

В том случае, если при оказании медицинской помощи пациенту не выполнялось хирургическое вмешательство, оплата осуществляется по терапевтической КСГ.

Отнесение случая лечения к той или иной терапевтической КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10.

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

К прерванным также относятся все остальные случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, кроме случаев, входящих в группы, перечисленные ниже. Группы дневного стационара, являющиеся исключениями, по которым целесообразно осуществлять оплату в полном объеме, независимо от длительности лечения приведены в таблице.

Таблица 1а. Перечень КСГ дневного стационара, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения.

№ КСГ	Наименование КСГ (дневной стационар)
54	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)
55	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)
56	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)
57	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)
58	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)
59	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)
60	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)
61	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)

При этом, если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение, либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 50% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

В случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе) составила более



3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 85% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение, либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 60% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

День поступления и день выписки в дневном стационаре считаются за 2 пациенто-дня (в соответствии с приказом Минздрава РФ от 13.11.2003 № 545).

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

При оценке 2-3 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. Градации оценки и описание Шкалы Реабилитационной Маршрутизации приведены в Инструкции.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара с оплатой по соответствующей КСГ.

Порядок отбора и направления застрахованных лиц из числа жителей Амурской области на лечение бесплодия методом ЭКО определяется Министерством здравоохранения Амурской области.

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов, рекомендуется в тарифном соглашении устанавливать поправочные коэффициенты (КСЛП) к случаям проведения экстракорпорального оплодотворения. Перечень случаев и значения коэффициентов приведены в Приложении № 34 к Тарифному соглашению.

С учетом КСЛП оплата экстракорпорального оплодотворения осуществляется в зависимости от этапа в размере согласно таблице 2:

Таблица 2

№ п/п	Наименование этапов проведения ЭКО	Значение КСЛП
1	Проведение первого этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции)	0,6
2	Проведение I-III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов	1
3	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов (в том числе ИКСИ – по показаниям)	1
4	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов (в том числе ИКСИ – по показаниям)	1,1
5	Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (неполный цикл)	0,19

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

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях дневного стационара осуществляется за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание.

Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопустимо. Учитывая единственный, законодательно установленный, способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара – законченный случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество услуг в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения.

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

## 2. Раздел 3:

- подпункт в) пункта 3.14. изложить в следующей редакции:

«в) коэффициентом уровня оказания стационарной медицинской помощи (КУС):

- для медицинских организаций I уровня:
- подуровня I.I. – 1,2;
- подуровня I.II. – 0,95;
- для медицинских организаций II уровня:
- подуровня II.I. – 1,12;
- подуровня II.II. – 1,1;
- подуровня II.III. – 1,05;
- для медицинских организаций III уровня:
- подуровня III.I. – 1,31;
- подуровня III.II. – 1,16;
- подуровня III. III. – 1,4;
- подуровня III.IV. – 1,11.

При этом средние значения КУС составляют для медицинских организаций I уровня – 0,95, для медицинских организаций II уровня – 1,1, для медицинских организаций III уровня – 1,3.».

### 3. Установить с 01.02.2018 года:

- Тарифы на случаи оказания высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемые за счет средств обязательного медицинского страхования согласно приложению № 22а к Тарифному соглашению;

- Коэффициенты относительной затратоемкости КСГ (для медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара) согласно приложению № 29а к Тарифному соглашению;

- Коэффициенты относительной затратоемкости КСГ (для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара) согласно приложению № 30а к Тарифному соглашению;

- Управленческие коэффициенты (КУ) КСГ (для медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара) согласно приложению № 23а 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 согласно приложению № 8а к Тарифному соглашению;

- Перечень лекарственных препаратов, медицинских изделий, необходимых для оказания стоматологической медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС согласно приложению № 40 к Тарифному соглашению.

### 4. Признать утратившими силу с 01.02.2018 года:

- Приложение № 22 к Тарифному соглашению;

- Приложение № 29 к Тарифному соглашению;
- Приложение № 23 к Тарифному соглашению;
- Приложение № 30 к Тарифному соглашению;
- Приложение № 8 к Тарифному соглашению.

5. Установить с 01.03.2018 года:

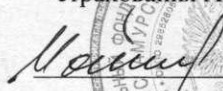
- Тарифы на оплату диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (приказ МЗ РФ от 11.04.2013 № 216н), пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (приказ МЗ РФ от 15.02.2013 № 72н) согласно приложению № 10а к Тарифному соглашению;
- Тарифы на оплату мероприятий, проводимых в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения (приказ МЗ РФ от 26.10.2017 г. № 869н) согласно приложению № 11а к Тарифному соглашению;
- Тарифы на оплату скрининга, направленного на ранее выявление онкологических заболеваний женской репродуктивной сферы в НП "Лечебно-диагностический комплекс "Белая Роза" согласно приложению № 16а к Тарифному соглашению;
- Тарифы на оплату услуг диализа согласно приложению № 17а к Тарифному соглашению.

6. Признать утратившими силу с 01.03.2018 года:

- Приложение № 10 к Тарифному соглашению;
- Приложение № 11 к Тарифному соглашению;
- Приложение № 16 к Тарифному соглашению;
- Приложение № 17 к Тарифному соглашению.

7. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с 01 февраля 2018 года.

Министр здравоохранения  
Амурской области  
  
А.Ю.Субботин  
22 февраля 2018 г.

И.о. директора Территориального  
фонда обязательного медицинского  
страхования Амурской области  
  
Ю.Г.Максимов  
22 февраля 2018 г.

Председатель правления  
Региональной общественной  
организации «Медицинская  
палата Амурской области»  
  
А.В.Гладов  
22 февраля 2018 г.

Председатель Амурской  
областной организации  
профсоюза работников  
здравоохранения  
  
Л.М.Комарова  
22 февраля 2018 г.

Директор Амурского филиала  
АО «Страховая компания  
«Согаз-мед»  
  
Е.Л.Дьячкова  
22 февраля 2018 г.