

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в сфере обязательного медицинского страхования
Амурской области на 2017 год

г. Благовещенск

16 января 2017 г.

Министерство здравоохранения Амурской области в лице министра здравоохранения Амурской области Н.Л. Тезикова,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Амурской области в лице директора Т.П. Гавриловой,

Страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Амурской области, в лице директора Амурского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Е.Л. Дьячковой, руководителя филиала «Амурский» АО «Страховая группа «Спасские Ворота-М» О.А. Головачевой,

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, в целях реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования заключили настоящее Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Амурской области на 2017 год (далее – Тарифное соглашение).

1. Общие положения

1.1. Тарифное соглашение разработано на основании:

- статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Постановления Правительства Российской Федерации от 19.12.2016 № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»;
- Приказа Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС);
- Приказа Минздравсоцразвития РФ от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»;
- Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;
- Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;
- Методических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования от 22.12.2016 г.;
- Разъяснений Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.12.2016 № 11-7/10/2-8304 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»;
- Закона Амурской области от 27.12.2016 № 33-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Амурской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»;
- Постановления Правительства Амурской области от 21.02.2012 № 77 (в ред. от 08.12.2016 № 545) «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Амурской области».

1.2. Предметом Тарифного соглашения является тарифное регулирование оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в объеме базовой программы обязательного медицинского

страхования (далее – Базовая программа ОМС) и территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2017 год (далее – Территориальная программа ОМС).

1.3. Тарифное соглашение устанавливает тарифы на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, порядок формирования и применения тарифов на медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС), а также структуру тарифов и состав расходов, включаемых в тарифы на медицинские услуги.

1.4. Тарифное соглашение и тарифы применяются для расчетов за медицинскую помощь, оказываемую в соответствии с Территориальной программой ОМС застрахованным на территории Амурской области лицам, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями Амурской области лицам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации, по видам медицинской помощи, установленным Базовой программой ОМС.

1.5. Тарифное соглашение распространяется на всех участников при выполнении Территориальной программы ОМС.

1.6. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС являются приложениями к Тарифному соглашению.

1.7. Оплата медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы ОМС, производится в соответствии с заключенными договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, Правилами ОМС, настоящим Тарифным соглашением, а также иными нормативными документами в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными в установленном порядке.

1.8. Для целей настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные понятия:

1) медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

2) медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

3) медицинская деятельность – профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

4) медицинская организация – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, и включенное в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность;

5) страховая медицинская организация – страховая организация, имеющая лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности и включенная в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

6) качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата;

7) медико-экономический контроль – установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию Территориальной программе ОМС, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи;

8) медико-экономическая экспертиза – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации медицинской организации;

9) экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи;

10) посещение – статистическая единица учета, соответствующая одному посещению пациентом врача (или медицинского работника, имеющего среднее медицинское образование и ведущего самостоятельный

прием) или врачом (или медицинским работником, имеющим среднее медицинское образование и ведущим самостоятельный прием) больного на дому.

Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях (число посещений с профилактическими и иными целями на 2017 год – 2,35 посещения на 1 застрахованное лицо) включает:

а) посещения с профилактической целью, в том числе:

центров здоровья (комплексный медицинский осмотр);

в связи с диспансеризацией определенных групп населения в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;

в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;

в связи с патронажем;

в связи с проведением вакцинации;

б) посещения с иными целями, в том числе:

медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;

в связи с другими обстоятельствами (получением справки, других медицинских документов);

в) разовые посещения в связи с заболеванием.

Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме на 2017 год составляет 0,56 посещения в неотложной форме на 1 застрахованное лицо.

11) обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания.

Под законченным случаем лечения заболевания в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

12) условная единица трудоемкости (УЕТ) – норматив времени, затрачиваемый при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врачом на терапевтическом и хирургическом приеме, равный 10 минутам;

13) койко-день – совокупность медицинских услуг (комплекс лечебно-диагностических мероприятий) по основному заболеванию, предоставленному пациенту в круглосуточном стационаре в течение 1 суток.

14) случай госпитализации – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы ОМС;

15) прерванный случай лечения – 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. Также случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно;

16) высокотехнологичная медицинская помощь – медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, которая включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники;

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

18) клинико-статистическая группа (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);

19) базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий (средняя стоимость законченного случая лечения);

20) коэффициент относительной затратноемкости – коэффициент, характеризующий КСГ как отношение ее затратноемкости к базовой ставке финансирования. Устанавливается на федеральном уровне;

21) поправочные коэффициенты – устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент уровня оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов;

22) коэффициент уровня оказания медицинской помощи – коэффициент, учитывающий различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях;

23) 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;

24) случай оказания медицинской помощи в приемном отделении – оказание неотложной медицинской помощи с проведением лечебно-диагностических мероприятий в приемном отделении круглосуточного стационара без последующей госпитализации (при отсутствии показаний для госпитализации, при отказе пациента от госпитализации) при условии наблюдения за состоянием здоровья пациентов до шести часов.

25) тарифы на оплату медицинской помощи – денежные суммы, определяющие уровень возмещения расходов медицинских организаций по выполнению Территориальной программы ОМС;

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

27) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц (далее – подушевой норматив) – плановая сумма финансовых средств на одно застрахованное лицо, прикрепившееся к медицинской организации, предназначенная для оплаты первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

2. Способы оплаты медицинской помощи

2.1. Применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию:

а) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- по подушевому нормативу в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

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

б) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

- 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;

в) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- 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;

г) 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 в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

2.2. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинской организацией застрахованному лицу, осуществляется в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с установленными способами оплаты медицинской помощи.

2.3. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по

обязательному медицинскому страхованию, установленным Правилами ОМС:

- на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи по ОМС в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС;

- по тарифам и способам оплаты медицинской помощи, утвержденными настоящим Тарифным соглашением;

- с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

2.4. Реестры счетов и счета на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предоставляются ежемесячно в сроки, определенные договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

2.5. Медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам, но не предоставленная к оплате своевременно, может быть предоставлена к оплате в следующем отчетном месяце, а медицинская помощь, не принятая к оплате по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, может быть предоставлена после доработки к оплате дополнительно, но не позднее 25 рабочих дней с даты получения акта от страховой медицинской организации и оплачивается по тарифам, действующим на дату завершения случая оказания медицинской помощи.

Изменение указанных сроков осуществляется в исключительных случаях (при наличии объективных причин) по решению Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС.

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

2.7. Оплата медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в Амурской области, осуществляется страховыми медицинскими организациями.

2.8. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, расположенными на территории Амурской области, гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, осуществляется Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Амурской области (далее – ТФОМС) в объеме Базовой программы ОМС.

2.9. При отсутствии возможности оказания застрахованным лицам первичной медико-санитарной помощи в полном объеме и на условиях,

определенных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Амурской области медицинской помощи (отсутствие или длительное отсутствие врача-специалиста, отсутствие возможности проведения тех или иных диагностических исследований и др.), медицинская организация обеспечивает оказание необходимых медицинских услуг в сторонних медицинских организациях на основе заключенных с ними договоров с последующей оплатой:

а) по направлению:

- за медицинскую услугу (лабораторные, инструментальные исследования) по тарифам, согласованным сторонами договора при его заключении;

- за посещение, обращение по действующим тарифам на медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях (приложения №№ 5, 6, 7);

б) без направления:

- за проведение вакцинации по действующим тарифам на медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях (приложение № 23).

2.10. Оказание первичной медико-санитарной помощи по поводу заболевания (обращения с кратностью не менее двух посещений) застрахованным лицам, прикрепленным к иным медицинским организациям, расположенным в других муниципальных образованиях, осуществляется без направления с последующим предоставлением реестров и счетов на оплату медицинской помощи в страховые медицинские организации.

2.11. При отсутствии возможности проведения исследований на рентгеновском компьютерном томографе и магнитно-резонансном томографе при оказании специализированной помощи в стационарных условиях медицинская организация обеспечивает оказание исследований в сторонних медицинских организациях по направлению на основе заключенных с ними договоров с последующей оплатой за исследование по тарифам согласно приложению № 20 к Тарифному соглашению.

2.12. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в связи с причинением вреда здоровью вследствие тяжелого несчастного случая на производстве, осуществляется за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации, и компенсация указанных расходов за счет средств ОМС не производится.

2.13. Медицинские организации ведут персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении

Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования».

2.14. Информационное взаимодействие осуществляется в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79 (ред. от 09.09.2016) «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

Обмен информацией осуществляется по электронным каналам связи, включая сеть «Интернет», с использованием системы криптографической защиты каналов связи ViPNet.

Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи относятся к информации ограниченного доступа и подлежат защите в соответствии с законодательством Российской Федерации.

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

2.15.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями (структурными подразделениями медицинских организаций), имеющими прикрепившихся лиц.

2.15.1.1. Оплата осуществляется по подушевому нормативу.

В подушевой норматив не включаются:

- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядка проведения которых утверждены нормативно-правовыми актами министерства здравоохранения Российской Федерации;

- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

- расходы на стоматологическую медицинскую помощь;

- расходы на проведение компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии амбулаторным больным;

- расходы на проведение комплексного обследования и динамического наблюдения в центрах здоровья;

- расходы на проведение комплексной пренатальной дородовой диагностики при сроке беременности 11-14 недель и скринингового ультразвукового исследования при сроке беременности 18-21 неделя беременным женщинам, прикрепленным к другим медицинским организациям.

Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу осуществляется страховой медицинской организацией на основании акта сверки численности застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинской организации по состоянию на первое число расчетного месяца.

2.15.1.2. Оплата за единицу объема медицинской помощи – за посещение, обращение (законченный случай), за медицинскую услугу осуществляется:

а) за посещение:

- при оказании медицинской помощи в неотложной форме.

Посещение при оказании неотложной помощи включает в себя оказание первичной доврачебной, первичной медико-санитарной врачебной и специализированной врачебной медицинской помощи независимо от прикрепления застрахованных лиц к медицинской организации при внезапных острых заболеваниях, состояниях (в том числе травмах, отравлениях – первичное посещение), обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни пациента и не требующих оказания экстренной медицинской помощи.

- с профилактической целью:

при оказании медицинской помощи в Центрах здоровья с целью динамического наблюдения;

за осмотр (консультацию) врача-специалиста, углубленное профилактическое консультирование при проведении второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, порядок проведения которой утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

в связи с профилактическими осмотрами взрослого населения в соответствии с порядком, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации;

в связи с профилактическими осмотрами несовершеннолетних (второй этап) в соответствии с порядком, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации;

при проведении второго этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, порядок проведения которой утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

при проведении второго этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или

патронатную семью, порядок проведения которой утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

при диспансерном наблюдении женщин в период беременности в ГБУЗ АО «Свободненская больница», прикрепленных к ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника»;

при разовых посещениях в связи с заболеванием в ГБУЗ АО «Свободненская больница» по профилю «акушерство и гинекология» застрахованных лиц, прикрепленных к ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника», по профилю «травматология и ортопедия», прикрепленных к медицинским организациям г. Свободного;

при разовых посещениях в связи с заболеванием по врачебным специальностям, за исключением профиля «терапия», застрахованных лиц (взрослое население), прикрепленных к ГБУЗ АО «Свободненская больница» в ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника», Свободненская больница ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России, поликлинике № 2 на ст.Свободный, являющейся структурным подразделением НУЗ «Отделенческая больница на ст.Белогорск ОАО «РЖД».

Разовые посещения в связи с заболеванием относятся к объему медицинской помощи в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями.

б) за обращение (законченный случай):

- с профилактической целью:

при первичном обращении в Центр здоровья, включающего комплексное обследование;

при проведении первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, порядок проведения которой утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

при проведении первого этапа профилактических осмотров несовершеннолетних в соответствии с порядком, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации;

при проведении первого этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, порядок проведения которой утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

при проведении первого этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, порядок проведения которой утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

при обращении по поводу заболевания с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания в ГБУЗ АО «Свободненская больница» по профилю «акушерство и гинекология» застрахованных лиц, прикрепленных к ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника», по профилю «травматология и ортопедия», прикрепленных к медицинским организациям г. Свободного;

при обращении по поводу заболевания с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания застрахованных лиц (взрослое население) по врачебным специальностям, за исключением профиля «терапия», прикрепленных к ГБУЗ АО «Свободненская больница» в ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника», Свободненская больница ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России», поликлинике № 2 на ст.Свободный, являющейся структурным подразделением НУЗ «Отделенческая больница на ст.Белогорск ОАО «РЖД»;

при обращении по поводу заболевания с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания застрахованных лиц, прикрепленных к иным медицинским организациям, расположенным в других муниципальных образованиях.

При наступлении законченного случая более чем через месяц при кратности не менее двух посещений в месяц оплата производится ежемесячно.

в) за медицинскую услугу:

- при проведении компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии амбулаторным больным;

- при оказании стоматологической помощи в соответствии с Классификатором основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ) в составе Методических рекомендаций по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденных Минздравом России и Федеральным фондом ОМС от 28.08.2001 № 25109257-01-34 и 31-59/40-1 (таблица 3.3).

При лечении нескольких зубов (до 5-ти) за один прием, и если при этом осуществляются одинаковые виды работ (указываются одинаковые коды услуги), то данные случаи принимаются к оплате и подлежат обязательной медико-экономической экспертизе страховыми медицинскими организациями. Остальные, начиная с 6-го зуба, отклоняются от оплаты.

При оказании стоматологической помощи по поводу заболевания единицами объема являются обращение и УЕТ, с профилактической целью и при оказании медицинской помощи в неотложной форме – посещение и УЕТ.

- при проведении лабораторных и инструментальных исследований (второй этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, порядок проведения которой утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации);

- при проведении флюорографических исследований на флюоростанции ГБУЗ АО «Городская поликлиника № 2» застрахованным лицам, прикрепленным к другим медицинским организациям, по тарифу на услугу «Флюорография легких» в соответствии с приложением № 13 к Тарифному соглашению;

- при проведении комплексной пренатальной дородовой диагностики при сроке беременности 11-14 недель беременным женщинам, прикрепленным к другим медицинским организациям;

- при проведении скринингового ультразвукового исследования при сроке беременности 18-21 неделя беременным женщинам, прикрепленным к другим медицинским организациям.

При оказании первичной медико-санитарной помощи детям с момента рождения до получения полиса обязательного медицинского страхования, но не более 30 дней, оплата осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за посещение, обращение (законченный случай), за медицинскую услугу.

Перечень медицинских организаций
(структурных подразделений медицинских организаций),
имеющих прикрепившихся лиц:

№ п/п	Наименование медицинской организации
1	ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница» (структурные подразделения Благовещенского района)
2	ГАУЗ АО «Белогорская больница»
3	ГБУЗ АО «Свободненская больница»
4	ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника»
5	ГБУЗ АО «Шимановская больница»
6	ГБУЗ АО «Архаринская больница»
7	ГАУЗ АО «Городская поликлиника № 1» г. Благовещенск
8	ГБУЗ АО «Городская поликлиника № 2» г. Благовещенск
9	ГАУЗ АО «Городская поликлиника № 3» г. Благовещенск
10	ГАУЗ АО «Городская поликлиника № 4» г. Благовещенск

11	ГАУЗ АО «Детская городская клиническая больница»
12	ГБУЗ АО «Зейская больница им. Б.Е.Смирнова»
13	ГБУЗ АО «Завитинская больница»
14	ГАУЗ АО «Ивановская больница»
15	ГАУЗ АО «Константиновская больница»
16	ГБУЗ АО «Магдагачинская больница»
17	ГБУЗ АО «Мазановская больница»
18	ГАУЗ АО «Михайловская больница»
19	ГБУЗ АО «Октябрьская больница»
20	ГБУЗ АО «Райчихинская городская больница»
21	ГАУЗ АО «Больница рабочего поселка (пгт) Прогресс»
22	ГБУЗ АО «Ромненская больница»
23	ГБУЗ АО «Селемджинская больница»
24	ГБУЗ АО «Серышевская больница»
25	ГБУЗ АО «Сковородинская центральная районная больница»
26	ГАУЗ АО «Тамбовская больница»
27	ГАУЗ АО «Тындинская больница»
28	ГБУЗ АО «Бурейская больница»
29	Свободненская больница Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Дальневосточный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» России
30	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации
31	Федеральное казенное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Амурской области»
32	НУЗ «Узловая поликлиника на станции Сковородино открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
33	НУЗ «Отделенческая больница на станции Белогорск открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
34	НУЗ «Узловая поликлиника на станции Магдагачи открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
35	НУЗ «Узловая поликлиника на станции Завитая открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
36	НУЗ «Узловая поликлиника на станции Шимановская открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
37	НУЗ «Узловая поликлиника на станции Ерофей Павлович открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
38	НУЗ «Отделенческая больница на станции Тында открытого

	акционерного общества «Российские железные дороги»
39	НУЗ «Узловая больница на станции Февральск открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
40	НУЗ «Узловая больница на станции Юктали открытого акционерного общества «Российские железные дороги»

2.15.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями (структурными подразделениями медицинских организаций), не имеющими прикрепившихся лиц.

Оплата за единицу объема медицинской помощи – за посещение, обращение (законченный случай), за медицинскую услугу осуществляется:

а) за посещение:

- при оказании медицинской помощи в неотложной форме.

Посещение при оказании неотложной помощи включает в себя оказание медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях (в том числе травмах, отравлениях – первичное посещение), обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни пациента и не требующих оказания экстренной медицинской помощи.

- с иными целями, в том числе в связи с другими обстоятельствами (получением справки, других медицинских документов);

- при разовых посещениях в связи с заболеванием для застрахованных лиц, прикрепившихся к другим медицинским организациям.

Посещения с иными целями и разовые посещения в связи с заболеванием относятся к объему медицинской помощи в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями.

Прием застрахованных врачами-специалистами ГАУЗ АО «Амурский областной онкологический диспансер», ФГБНУ "Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания" и консультативных поликлиник ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница» осуществляется при наличии направления из медицинской организации, к которой прикреплен застрахованный, с последующим предоставлением реестров и счетов на оплату медицинской помощи в страховые медицинские организации.

Прием застрахованных врачами-специалистами ООО «ЛабОст», ИП Колесникова А.А., ООО «Здоровье» осуществляется при наличии направления из медицинской организации, к которой прикреплен застрахованный, и заключении с ней договора с последующим взаиморасчетом по действующим тарифам за посещение (приложение № 7 к Тарифному соглашению).

б) за обращение (законченный случай):

- с профилактической целью:
- при проведении скрининга, направленного на раннее выявление онкологических заболеваний женской репродуктивной сферы НП «Лечебно-диагностический комплекс «Белая Роза»;
- при обращении по поводу заболевания застрахованного лица с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания к врачам-специалистам и прикрепившегося застрахованного лица к другой медицинской организации.

При наступлении законченного случая более чем через месяц при кратности не менее двух посещений в месяц оплата производится ежемесячно.

Прием застрахованных врачами-специалистами ГАУЗ АО «Амурский областной онкологический диспансер», ФГБНУ "Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания" и консультативных поликлиник ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница» осуществляется при наличии направления из медицинской организации, к которой прикреплен застрахованный, с последующим предоставлением реестров и счетов на оплату медицинской помощи в страховые медицинские организации.

Прием застрахованных врачами-специалистами ООО «ЛабОст», ИП Колесникова А.А., ООО «Здоровье» осуществляется при наличии направления из медицинской организации, к которой прикреплен застрахованный, и заключении с ней договора с последующим взаиморасчетом по действующим тарифам за обращение (приложение № 5 к Тарифному соглашению).

в) за медицинскую услугу:

- при проведении сеансов диализа.

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну процедуру экстракорпорального диализа и один день перитонеального диализа. При этом в целях учета объемов медицинской помощи целесообразно учитывать лечение в течение одного месяца как одно обращение (в среднем 13 процедур экстракорпорального диализа, 12-14 в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца). При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников.

- при проведении компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии амбулаторным больным в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Амурской области от 22.06.2015 № 660

«Порядок направления взрослого населения на прохождение компьютерной томографии в амбулаторных условиях»;

- при проведении комплексной пренатальной (дородовой) диагностики при сроке беременности 11-14 недель;

- при проведении скринингового ультразвукового исследования при сроке беременности 18-21 неделя;

- при оказании стоматологической помощи в соответствии с Классификатором основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ) в составе Методических рекомендаций по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденных Минздравом России и Федеральным фондом ОМС от 28.08.2001 № 25109257-01-34 и 31-59/40-1 (таблица 3.3).

При лечении нескольких зубов (до 5-ти) за один прием, и если при этом осуществляются одинаковые виды работ (указываются одинаковые коды услуги), то данные случаи принимаются к оплате и подлежат обязательной медико-экономической экспертизе страховыми медицинскими организациями. Остальные, начиная с 6-го зуба, отклоняются от оплаты.

При оказании стоматологической помощи по поводу заболевания единицами объема являются обращение и УЕТ, с профилактической целью и при оказании медицинской помощи в неотложной форме – посещение и УЕТ.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц:

№ п/п	Наименование медицинской организации
1	ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница» (консультативные взрослая и детская поликлиники)
2	ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»
3	ГБУЗ АО «Амурская областная стоматологическая поликлиника»
4	ГАУЗ АО «Амурский областной онкологический диспансер»
5	ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница» (амбулаторно-поликлиническое отделение травматологии и ортопедии и женские консультации №№ 1 и 2)
6	ГАУЗ АО «Стоматологическая поликлиника г. Благовещенска»
7	ГБУЗ АО «Зейская стоматологическая поликлиника»
8	ГБУЗ АО «Тындинская стоматологическая поликлиника»
9	Федеральное государственное казенное учреждение «411 военный госпиталь» Министерства обороны Российской Федерации,

	г. Белогорск
10	Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания»
11	ООО «Здоровье»
12	ООО «Неомед»
13	НП «Лечебно-диагностический комплекс «Белая Роза»
14	ООО «МЛ Мицар»
15	ИП Колесникова А.А.
16	ООО «ЛабОст»
17	ООО «Б.Браун Авитум Руссланд клиникс»
18	ООО «Нефролайн-Амур»

Медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью (посещение Центра здоровья, в связи с диспансеризацией определенных групп населения, профилактическим осмотром, патронажем), посещений с иными целями, посещений в связи с заболеваниями, посещений в неотложной форме, а также обращений по поводу заболеваний.

Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента», утверждаемой Минздравом России.

При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

2.16. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

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
I уровень - Медицинские организации, оказывающие населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) первичную медико-санитарную помощь, и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь, и скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь	
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 «Отделенческая больница на станции Белогорск открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
21	НУЗ «Отделенческая больница на станции Тында открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
22	НУЗ «Узловая больница на станции Февральск открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
23	НУЗ «Узловая больница на станции Юктали открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
II уровень - 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	
1	ФГБНУ «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания»
2	ГАУЗ АО «Детская городская клиническая больница»
3	ГБУЗ АО «Зейская больница им. Б.Е.Смирнова»
4	ГАУЗ АО «Белогорская больница»
5	ГБУЗ АО «Свободненская больница»
6	ГБУЗ АО «Райчихинская городская больница»
7	ГАУЗ АО «Тындинская больница»
8	ГАУЗ АО «Амурская областная инфекционная больница»
9	ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»
10	ООО «Эндоскопическая хирургия»
11	ООО «АмурМед»
12	ООО «МЛ Мицар»
13	ГАУЗ АО «Ивановская больница» (отделение медицинской реабилитации)
14	ГБУЗ АО «Шимановская больница» (межмуниципальный травматологический центр II уровня)
15	ГБУЗ АО «Сковородинская центральная районная больница» (межмуниципальный травматологический центр II уровня)
16	ГБУЗ АО «Бурейская больница» (межмуниципальный травматологический центр II уровня)
III уровень - Медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению высокотехнологичную, медицинскую помощь	
1	ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница»
2	ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница»
3	ГАУЗ АО «Амурский областной онкологический диспансер»
4	ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница»
5	ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

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, где 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 и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года № 1664н (в редакции приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 сентября 2016 года № 751н).

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.

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 № 34).

В том случае, если при оказании медицинской помощи пациенту не выполнялось хирургическое вмешательство, оплата осуществляется по терапевтической клинико-статистической группе заболеваний.

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

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

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, 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	Ангинефротический отек, анафилактический шок
84	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
97	Сотрясение головного мозга
146	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
154	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
155	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
159	Замена речевого процессора
160	Операции на органе зрения (уровень 1)
161	Операции на органе зрения (уровень 2)
185	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
206	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)
258	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани
287	Операции на органах полости рта (уровень 1)
300	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
302	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
306	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

При этом, если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, осуществлять оплату необходимо в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если указанная хирургическая операция не выполнена, случай необходимо оплачивать в размере 50% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз).

Прерванные случаи лечения терапевтического профиля подлежат оплате в размере 50% от стоимости заболевания по соответствующей терапевтической КСГ, за исключением случаев оказания медицинской помощи, указанных в таблице 1.

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.

О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери.

О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери.

О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

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

КСГ 1 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» предъявляется к оплате только медицинскими организациями, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

При выполнении операции кесарева сечения (А16.20.005 Кесарево сечение) случай относится к КСГ 5 вне зависимости от диагноза.

Если в ходе оказания медицинской помощи роженице выполнялась операция, входящая в КСГ 13 или 14 (операции на женских половых органах уровней 3 и 4), субтотальная или тотальная гистерэктомия, отнесение случая производится к КСГ по коду операции.

Особенности формирования отдельных КСГ указаны в Инструкции.

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) (приложение № 35), применяется в следующих случаях:

- проведение сочетанных хирургических вмешательств (приложение № 37);
- проведение однотипных операций на парных органах (приложение № 38);
- оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации. При этом критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 дней, кроме КСГ, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней (приложение № 36). Значение КСЛП определяется в зависимости от проведенных дней лечения.
- проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящегося к различным КСГ;
- сложность лечения пациента, связанная с возрастом (дети до 1 года, от 1 до 4 лет), а также при необходимости предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет);
- сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет);

- наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента (перечень указанных заболеваний и состояний представлен в Инструкции).

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 КПП.

Оплата законченного случая лечения пациента при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, предусматривающей терапевтическое и комбинированное лечение, осуществляется по утвержденному финансовому нормативу затрат при условии нахождения пациента в стационаре не менее 40% установленной средней длительности лечения. При выписке пациента, длительность лечения которого составила менее 40% установленной средней длительности, законченный случай расценивается как оказание специализированной медицинской помощи и оплачивается по соответствующей КСГ; при оказании высокотехнологичной

медицинской помощи, предусматривающей хирургическое лечение - осуществляется по установленному финансовому нормативу затрат при условии выполнения методов хирургического лечения и от длительности пребывания в стационаре не зависит.

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

Оплата плановой коронарографии и церебральной ангиографии в стационарных условиях (КСГ № 185 «Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы») производится по факту сверх установленного планового объема.

Лечение по профилю «Медицинская реабилитация» производится в условиях круглосуточного стационара при оценке по шкале Рэнкин 3-4-5 с оплатой по соответствующей КСГ. Отнесение к КСГ, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры медицинских услуг (раздел В) вне зависимости от диагноза. 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».

Для оплаты процедур диализа, оказываемых в стационарных условиях и включающих различные методы, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу. При этом стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения. Применение поправочных коэффициентов (КУС, КСЛП) к стоимости услуг диализа не допускается.

К законченному случаю необходимо 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.

Оплата медицинской помощи, оказываемой женщинам в стационарных условиях при проведении медицинских аборт, осуществляется сверх установленного планового объема для медицинской организации по круглосуточному стационару.

2.17. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

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.

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 МКБ-10 и код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (услуги) в соответствии с Номенклатурой.

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

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.

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 клинико-статистической группе заболеваний.

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

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

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно.

При этом, если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного

случая лечения к конкретной КСГ, осуществлять оплату необходимо в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если указанная хирургическая операция не выполнена, случай необходимо оплачивать в размере 50% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз).

Прерванные случаи лечения терапевтического профиля подлежат оплате в размере 50% от стоимости заболевания по соответствующей терапевтической КСГ.

Оплата медицинской помощи, оказываемой женщинам в условиях дневного стационара с проведением инвазивных методов диагностики и лечения (аспирационная биопсия эндометрия, миниаспирация, гистероскопия и другие методы) осуществляется сверх установленного планового объема для медицинской организации по дневному стационару.

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 при оценке по шкале Рэнкин 3 и менее с оплатой по соответствующей КСГ. Отнесение к КСГ, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры медицинских услуг (раздел В) вне зависимости от диагноза. 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.

Порядок отбора и направления застрахованных лиц из числа жителей Амурской области на лечение бесплодия методом ЭКО определяется Министерством здравоохранения Амурской области. Тариф включает все расходы медицинской организации (медицинская помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара).

Оплата ЭКО осуществляется за законченный случай оказания помощи в условиях дневных стационаров по соответствующей КСГ. Случай считается законченным при прохождении пациентом всех этапов и включается в реестры на оплату медицинской помощи после его завершения. Оплата прерванных случаев осуществляется за фактически выполненные этапы.

Для оплаты процедур диализа, оказываемых в условиях дневного стационара и включающих различные методы, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу.

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

Оплата 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) застрахованным лицам в Амурской области осуществляется:

- по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, исходя из численности застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинским организациям, расположенным на территории муниципального образования, где оказывается скорая медицинская помощь;

- за вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболизиса.

Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования осуществляется страховой медицинской организацией на основании акта сверки численности застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинской организации по состоянию на первое число расчетного месяца.

Оплата 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) застрахованным лицам в других субъектах РФ осуществляется:

- за вызов скорой медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации.

Оплата вызова скорой медицинской помощи по общепрофильному назначению, выполненного специализированной выездной бригадой, осуществляется по тарифу вызова скорой медицинской помощи для врачебной выездной бригады.

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования:

№ п/п	Наименование медицинской организации
1	ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница»
2	ГАУЗ АО «Белогорская больница»

3	ГБУЗ АО «Свободненская больница»
4	ГБУЗ АО «Шимановская больница»
5	ГБУЗ АО «Архаринская больница»
6	ГБУЗ АО «Станция скорой медицинской помощи г. Благовещенска»
7	ГБУЗ АО «Зейская больница им. Б.Е.Смирнова»
8	ГБУЗ АО «Завитинская больница»
9	ГАУЗ АО «Ивановская больница»
10	ГАУЗ АО «Константиновская больница»
11	ГБУЗ АО «Магдагачинская больница»
12	ГБУЗ АО «Мазановская больница»
13	ГАУЗ АО «Михайловская больница»
14	ГБУЗ АО «Октябрьская больница»
15	ГБУЗ АО «Райчихинская городская больница»
16	ГАУЗ АО «Больница рабочего поселка (пгт) Прогресс»
17	ГБУЗ АО «Ромненская больница»
18	ГБУЗ АО «Селемджинская больница»
19	ГБУЗ АО «Серышевская больница»
20	ГБУЗ АО «Сковородинская центральная районная больница»
21	ГАУЗ АО «Тамбовская больница»
22	ГАУЗ АО «Тындинская больница»
23	ГБУЗ АО «Бурейская больница»
24	Свободненская больница Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Дальневосточный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства»
25	НУЗ «Узловая больница на станции Февральск открытого акционерного общества «Российские железные дороги»

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи применяются для возмещения расходов медицинским организациям, включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Амурской области, при оказании медицинской помощи застрахованным в Амурской области лицам и лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации.

Тарифы на оплату медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования являются неотъемлемой частью Тарифного соглашения и приведены в приложениях к Тарифному соглашению.

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи сформированы в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, установленной Правилами ОМС и Методическими рекомендациями

Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования от 22.12.2016 г.

3.3. Тарифы сформированы с учетом плановых объемов медицинской помощи на текущий год исходя из объема бюджетных ассигнований на реализацию Территориальной программы ОМС, установленного Законом Амурской области от 27.12.2016 № 33-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Амурской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».

3.4. При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи применяется коэффициент дифференциации для Амурской области – 1,522, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

3.5. Тарифы обеспечивают возмещение затрат медицинских организаций, связанных с оказанием медицинской помощи в объеме Территориальной программы ОМС (за исключением затрат, связанных с обеспечением функционирования служб, подразделений и специалистов медицинских организаций, деятельность которых не финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования).

3.6. Тарифы, установленные настоящим Тарифным соглашением, обеспечивают возмещение затрат медицинским организациям, непосредственно связанных с оказанием медицинской помощи и потребляемых в процессе ее предоставления, и затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинских организаций, но не потребляемых непосредственно в процессе оказания медицинской помощи.

3.7. При оплате медицинской помощи применяются групповые тарифы, которые дифференцируются:

а) по территориальному принципу с учетом установленных для территорий Амурской области районных коэффициентов к заработной плате и процентных надбавок к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в

местностях с особыми климатическими условиями (далее территориальный РК);

б) по уровням оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров.

Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Амурской области с учетом территориальных РК, приведен в приложении № 1 к Тарифному соглашению.

Оплата стационарной медицинской помощи и медицинской помощи в условиях дневных стационаров, оказанной участковыми больницами, входящими в состав медицинских организаций III и II уровней, осуществляется по тарифам I уровня.

3.8. Структура тарифов на оплату медицинской помощи установлена в соответствии с Территориальной программой ОМС, в том числе в части базовой программы ОМС, по следующим направлениям расходования средств:

а) расходы на заработную плату, начисления на оплату труда и прочие выплаты;

б) приобретение лекарственных средств и расходных материалов;

в) приобретение продуктов питания;

г) прочие статьи расходования средств: затраты на приобретение 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 (за исключением капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения), расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

3.9. При определении соответствующих направлений расходования средств следует руководствоваться Указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденными

приказом Министерства финансов Российской Федерации от 01.07.2013 № 65н, Классификацией основных средств, включаемых в амортизационные группы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 1 января 2002 года № 1, и Общероссийским классификатором основных фондов ОК 013-94, утвержденным постановлением Госстандарта России от 26 декабря 1994 года № 359.

3.10. Тарифы на оплату медицинской помощи в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат:

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

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

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

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

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

3.12. Использование медицинскими организациями средств обязательного медицинского страхования на финансирование видов медицинской помощи, не включенных в территориальную программу обязательного медицинского страхования, а также на оплату видов расходов, не включенных в структуру тарифов, является нецелевым.

3.13. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Амурской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу

объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет 4965,6 рублей в год.

Половозрастные коэффициенты дифференциации
подушевого норматива:

Возраст	Пол	Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива
0 – 1 год	мужчина	4,77308
	женщина	4,62244
1 -4 года	мужчина	1,97440
	женщина	1,94806
5 – 17 лет	мужчина	1,20634
	женщина	1,26822
18 – 59 лет	мужчина	0,49577
18 – 54 года	женщина	0,91493
60 лет и старше	мужчина	0,98552
55 лет и старше	женщина	1,29476

В части финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по подушевому нормативу, базовый (средний) подушевой норматив (ПНбаз) составляет 2635,69 рублей в год.

Расчет подушевых нормативов для однородных групп медицинских организаций производится по следующей формуле:

$ДПН^i = ПН_{БАЗ} \times СКД_{ИНТ}^i$, где:

$ДПН^i$ – дифференцированный подушевой норматив для i -той группы медицинских организаций, рублей;

$СКД_{ИНТ}^i$ – средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i -той группы медицинских организаций (приложение 29 к Тарифному соглашению).

Объединение медицинских организаций в однородные группы осуществляется исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива. Интегрированный коэффициент

дифференциации подушевого норматива определяется по каждой медицинской организации по следующей формуле:

$$K_{\text{инт}} = K_{\text{пв}} \times K_{\text{сп}} \times K_{\text{пн}} \times K_{\text{суб}}, \text{ где:}$$

$K_{\text{инт}}$ – интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации;

$K_{\text{пв}}$ – половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

$K_{\text{сп}}$ – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов, здравпунктов и т.п.);

$K_{\text{пн}}$ – коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность населения Амурской области;

$K_{\text{суб}}$ – районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями.

Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива ранжируются от максимального до минимального значения и, в случае существенных различий, объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы ($СКД_{\text{инт}}^i$).

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{\sum_i (ДП_{\text{пн}}^i \times Ч_3^i)}{П_{\text{нбаз}} \times Ч_3}, \text{ где}$$

Ч_3^i – численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той группе медицинских организаций, человек;

Фактический дифференцированный подушевой норматив для i -той группы медицинских организаций (**ФДПн**) рассчитывается по формуле:

$$\text{ФДПн}^i = \frac{\text{ДПн}^i}{\text{ПК}}, \text{ где:}$$

ФДПн^i – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для i -той группы медицинских организаций, рублей.

Размер месячного дифференцированного подушевого норматива по группам медицинских организаций приведен в приложении № 2 к Тарифному соглашению.

3.14. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, предусматривают компенсацию расходов в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс при лечении основного заболевания и сопутствующего; расходов приемного отделения; профильного отделения; консультации специалистов, в том числе из других медицинских организаций; оперативные пособия, в том числе выполненные малоинвазивными и эндоскопическими методами; все виды анестезии, включая наркоз; лабораторные и рентгенологические исследования; визиографию; другие лечебно-диагностические исследования; физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж; лечебную физкультуру, и т.д.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет 6409,5 рублей в год.

Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, определены в соответствии с:

а) перечнем КСГ и коэффициентами относительной затратоемкости (приложение № 31).

б) коэффициентом дифференциации базовой ставки с учетом территориального РК (КДбс):

Территориальный РК	Коэффициент дифференциации к базовой ставке (КДбс)
1,6	1,0
1,7	1,0625
1,8	1,125
2,2	1,375

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

- для медицинских организаций I уровня – 0,95;
- для медицинских организаций II уровня – 1,05;
- для медицинских организаций III уровня – 1,1.

г) коэффициентом сложности лечения пациента (КСЛП).

Стоимость законченного случая лечения заболевания в стационаре по КСГ (ССкsg) определяется по следующей формуле:

$ССкsg = БС * КДбс * КЗкsg * КУС * КСЛП * (50\%; 80\%; 100\%)$, где

БС – размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка);

КДбс – коэффициент дифференциации к базовой ставке

КЗкsg - коэффициент относительной затратоемкости;

КУС - коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента.

Перечень КСГ, к которым не применяется КУС при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, определен приложением № 33.

В случаях с обоснованной сверхдлительной госпитализацией, где критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 дней, кроме КСГ, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней (приложение № 36), КСЛП определяется по следующей формуле:

$$КСЛП = 1 + \frac{L\phi - L_H}{L_H} \times K_L, \text{ где}$$

КСЛП– коэффициент сложности лечения пациента;

K_L – коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов в размере 0,25 для обычных отделений, 0,4 – для реанимационных отделений.

$L\phi$ – фактическое количество койко-дней;

L_H – нормативное количество койко-дней (30 дней, за исключением КСГ, для которых установлен срок 45 дней).

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) – 25300 рублей (с территориальным РК – 1,6).

3.15. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, предусматривают компенсацию расходов как по основному профилю дневного стационара, так и расходов параклинических подразделений.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет 1095,8 рублей в год.

Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара определены в соответствии с:

- а) перечнем КСГ и коэффициентами относительной затратоемкости (приложение № 32);
- б) коэффициентом дифференциации базовой ставки с учетом территориального РК (КДбс):

Территориальный РК	Коэффициент дифференциации к базовой ставке (КДбс)
1,6	1,0
1,7	1,0625
1,8	1,125
2,2	1,375

Стоимость законченного случая лечения в дневном стационаре по КСГ (ССкг) определяется по следующей формуле:

$СС_{кг} = БС * КДбс * КЗкг * (50\%; 80\%; 100\%)$, где

БС – размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка);

КДбс – коэффициент дифференциации к базовой ставке

КЗкг – коэффициент относительной затроемкости;

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) – 15420 рублей (с территориальным РК – 1,6).

3.16. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, предусматривают компенсацию расходов за выполненный вызов по видам выездных бригад (фельдшерской, врачебной, специализированной) и назначению (общепрофильной, специализированной, транспортной).

Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Амурской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет 836,4 рублей в год.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива:

Возраст	Пол	Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива
0 – 1 год	мужчина	4,78768
	женщина	4,14871
1 – 4 года	мужчина	2,03768
	женщина	1,82112
5 – 17 лет	мужчина	0,61812
	женщина	0,61955

18 – 59 лет	мужчина	0,59932
18 – 54 года	женщина	0,69515
60 лет и старше	мужчина	1,58462
55 лет и старше	женщина	1,85829

В части финансирования скорой медицинской помощи по подушевому нормативу базовый (средний) подушевой норматив (ПНбаз) составляет 828,5 рублей в год.

Расчет подушевых нормативов для однородных групп медицинских организаций производится по следующей формуле:

$ДПН^i = ПН_{БАЗ} \times СКД_{ИНТ}^i$, где:

$ДПН^i$ – дифференцированный подушевой норматив для i -той группы медицинских организаций, рублей;

$СКД_{ИНТ}^i$ – средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i -той группы медицинских организаций (приложение 30 к Тарифному соглашению).

Объединение медицинских организаций в однородные группы осуществляется исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива. Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива определяется по каждой медицинской организации по следующей формуле:

$КД_{ИНТ} = КД_{ПВС} \times КД_{ПН} \times КД_{СУБ}$, где:

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

$КД_{ПВС}$ – половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

$КД_{ПН}$ – коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность населения Амурской области;

$КД_{СУБ}$ – районный коэффициент к заработной плате и процентная

надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями.

Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива ранжируются от максимального до минимального значения и, в случае существенных различий, объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы ($СКД_{\text{ИНТ}}^i$).

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{\sum_i (ДПН^i \times Ч_3^i)}{ПН_{БАЗ} \times Ч_3}, \text{ где}$$

$Ч_3^i$ – численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той группе медицинских организаций, человек;

Фактический дифференцированный подушевой норматив для i -той группы медицинских организаций ($ФДПН$) рассчитывается по формуле:

$$ФДПН^i = \frac{ДПН^i}{ПК}, \text{ где:}$$

$ФДПН^i$ – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для i -той группы медицинских организаций, рублей.

Размер месячного дифференцированного подушевого норматива по группам медицинских организаций приведен в приложении № 26 к Тарифному соглашению.

4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

4.1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Контроль) осуществляется страховыми медицинскими организациями и ТФОМС в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

4.2. Результаты проведенного Контроля оформляются актами, включающими информацию о выявленных нарушениях и применяемых к медицинским организациям мерам.

4.3. В случае выявления по результатам Контроля нарушений при оказании медицинской помощи к медицинской организации применяются меры, определенные Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) в сфере обязательного медицинского страхования, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества согласно приложению № 39 к Тарифному соглашению.

4.4. Общий размер санкций, применяемых к медицинским организациям по результатам Контроля, рассчитывается в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению всех сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с момента их подписания сторонами.

5.2. Настоящее Тарифное соглашение распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2017 года и действует до 1 января 2018 года.

Приложения к Тарифному соглашению:

№ приложения	Наименование приложения
1.	Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Амурской области с учетом территориального РК
2.	Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, для медицинских организаций, имеющих прикрепившихся застрахованных лиц (размер месячного подушевого норматива финансирования)
3.	Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме
4.	Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями 3 уровня (обращения по поводу заболевания)
5.	Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями 1 и 2 уровня (обращения по поводу заболевания)
6.	Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями 3 уровня (разовые посещения в связи с заболеванием)
7.	Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями 1 и 2 уровня (разовые посещения в связи с заболеванием)
8.	Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (приказ МЗ РФ от 21.12.2012 № 1346н)
9.	Тарифы на оплату предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних (приказ МЗ РФ от 21.12.2012 № 1346н)
10.	Тарифы на оплату периодических медицинских осмотров несовершеннолетних (приказ МЗ РФ от 21.12.2012 № 1346н)
11.	Тарифы на оплату диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (приказ МЗ РФ от 15.02.2013 № 72н)
12.	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)
13.	Тарифы на оплату мероприятий, проводимых в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения (приказ МЗ РФ от 03.02.2015 № 36ан)
14.	Тарифы по профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения (приказ МЗ РФ от 06.12.2012 № 1011н)
15.	Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями 1 и 2 уровня (посещения с профилактической целью)
16.	Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (с иными целями, в том числе в связи с другими

	обстоятельствами)
17.	Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (Центры Здоровья)
18.	Тарифы на оплату мероприятий, направленных на ранее выявление онкологических заболеваний женской репродуктивной сферы для НП «Лечебно-диагностический комплекс «Белая Роза»
19.	Тарифы на оплату услуг диализа
20.	Тарифы на оплату исследований на рентгеновском компьютерном томографе и магнитно-резонансном томографе, выполненных амбулаторным больным
21.	Тарифы на оплату комплексной пренатальной (дородовой) диагностики при сроке беременности 11-14 недель
22.	Тарифы на оплату скринингового ультразвукового исследования при сроке беременности 18-21 неделя
23.	Тарифы на оплату вакцинации неприкрепленного населения
24.	Тарифы на случаи оказания высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемые за счет средств обязательного медицинского страхования
25.	Тарифы на оплату законченного случая оказания медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО)
26.	Тарифы на оплату скорой медицинской помощи (размер месячного подушевого норматива финансирования)
27.	Тарифы на оплату скорой медицинской помощи (стоимость одного вызова бригады скорой медицинской помощи)
28.	Тарифы на оплату вызова скорой помощи с проведением тромболизиса
29.	Средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях, определенные для однородных групп медицинских организаций
30.	Средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, определенные для однородных групп
31.	Коэффициенты относительной затратоемкости КСГ (для медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара)
32.	Коэффициенты относительной затратоемкости КСГ (для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара)
33.	Перечень клинико-статистических групп, к которым не применяется коэффициент уровня оказания стационарной помощи (КУС)
34.	Перечень клинико-статистических групп, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги
35.	Перечень случаев, для которых применяется коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП)
36.	Перечень клинико-статистических групп, относящихся к случаям сверхдлительного пребывания
37.	Перечень сочетанных хирургических вмешательств, при проведении которых применяется КСЛП

38.	Перечень однотипных операций на парных органах, при проведении которых применяется КСЛП
39.	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи, в том числе скорой медицинской помощи, (уменьшения оплаты медицинской помощи) в сфере обязательного медицинского страхования, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

Министр здравоохранения
Амурской области

Н.Л.Тезиков

«16» января 2017 г.

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Амурской области

Т.Н.Гаврилова

«16» января 2017 г.

Председатель правления
Региональной общественной
организации «Медицинская
палата Амурской области»

В.Платонов

«16» января 2017 г.

И.о. председателя Амурской
областной организации
профсоюза работников
здравоохранения

И.Н.Азарова

«16» января 2017 г.

Директор Амурского филиала
АО «Страховая компания
«Согаз-мед»

Е.Л.Дьячкова

«16» января 2017 г.

Руководитель филиала «Амурский»
«Страховая группа
«Спасение Ворот-М»

О.А.Головачева

«16» января 2017 г.