

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в сфере обязательного медицинского страхования
Амурской области на 2019 год

г. Благовещенск

29 декабря 2018 г.

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

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

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

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

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

включенные в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Амурской области и именуемые в дальнейшем Стороны, в целях реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования заключили настоящее Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Амурской области на 2019 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 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 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 21.11.2018 № 247 «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 21.11.2018 г.;
- Разъяснений Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2018 № 11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»;
- Закона Амурской области от 12.12.2018 № 294-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Амурской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»;
- Постановления Правительства Амурской области от 21.02.2012 № 77 (в ред. от 20.04.2018 № 175) «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Амурской области»;
- Постановления Правительства Амурской области от 28.12.2018 № 646 «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Амурской области медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».

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 2019 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 2019 год – 2,88 посещения на 1 застрахованное лицо) включает:

а) объем посещений с профилактическими целями, в том числе:

при проведении профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (при первом посещении по поводу диспансерного наблюдения, 1-ый этап диспансеризации);

при проведении диспансеризации определенных групп населения (2-й этап);

при проведении диспансерного наблюдения;

при посещении центров здоровья;

б) объем посещений с иными целями, в том числе:

разовые посещения в связи с заболеванием;

посещения по медицинской реабилитации;

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

посещения с другими целями (патронаж, проведение вакцинации, выдача справок и иных медицинских документов и др.).

Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме на 2019 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 затратно-емкости – коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете

на одного пролеченного пациента (базовой ставке). Устанавливается на федеральном уровне;

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

22) управленческий коэффициент – коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе;

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

24) коэффициент подуровня оказания медицинской помощи – коэффициент, учитывающий различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами;

25) 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;

26) 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;

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

28) оплата медицинской помощи по КСГ – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратоемкости и поправочных коэффициентов;

29) 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 финансирования на прикрепившихся лиц 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);

- по подушевому нормативу на прикрепившихся к медицинской организации лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи.

б) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

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

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, диагностические исследования в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения) по действующим тарифам согласно приложению № 11 к Тарифному соглашению;

- за медицинскую услугу (лабораторные, диагностические исследования, не входящие в объем диспансеризации) по тарифам, согласованным сторонами договора при его заключении;

- за посещение, обращение по действующим тарифам на медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях (приложения №№ 4, 5, 6, 7);

б) без направления:

- за проведение вакцинации по действующим тарифам на медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях (приложение № 21).

2.10. 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 № 18 к Тарифному соглашению.

2.11. 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.

2.12. 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».

2.13. 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».

2.14. 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, порядки 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, утвержденным 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, МСЧ космодрома «Восточный» ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России;

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 ЧУЗ «Поликлиника «РЖД-Медицина» г. Белогорска, МСЧ космодрома «Восточный» ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России;

при разовых посещениях в связи с заболеванием по профилю «терапия» застрахованных лиц (взрослое население), прикрепленных к ГБУЗ «Свободненская больница», в ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника», Свободненская больница ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России, поликлинике № 2 на ст.Свободный, являющейся структурным подразделением ЧУЗ «Поликлиника «РЖД-Медицина» г. Белогорска, МСЧ космодрома «Восточный» ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России с последующим взаиморасчетом по действующим тарифам за посещение (приложение № 7 к Тарифному соглашению).

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

- при посещениях к среднему медицинскому персоналу, ведущему самостоятельный прием застрахованных лиц, прикрепленных к НУЗ «Узловая больница на ст.Февральск ОАО «РЖД», в фельдшерско-акушерских пунктах ГБУЗ АО «Селемджинская больница», по действующим тарифам за посещение (приложение № 14 к Тарифному соглашению).

- 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 ЧУЗ «Поликлиника «РЖД-Медицина» г. Белогорска, МСЧ космодрома «Восточный» ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России;

при обращении по поводу заболевания с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания по профилю «терапия» застрахованных лиц (взрослое население), прикрепленных к ГБУЗ «Свободненская больница», в ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника», Свободненская больница ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России, поликлинике № 2 на ст.Свободный, являющейся структурным подразделением ЧУЗ «Поликлиника «РЖД-Медицина» г. Белогорска, МСЧ космодрома «Восточный» ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России с последующим взаиморасчетом по действующим тарифам за обращение (приложение № 5 к Тарифному соглашению).

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 в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Амурской области, утверждающими порядок направления населения Амурской области на прохождение компьютерной и магнитно-резонансной томографии при амбулаторном лечении в медицинские организации Амурской области;

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

- при проведении лабораторных и диагностических исследований гражданам, прикрепленным к ФКУЗ «МСЧ МВД России по Амурской области» в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения, порядок проведения которой утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации) в других медицинских организациях по направлению ФКУЗ «МСЧ МВД России по Амурской области»;

- 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 стоматологической помощи по поводу заболевания единицей объема является обращение, с профилактической целью и при оказании медицинской помощи в неотложной форме – посещение.

При этом учитывается средняя кратность УЕТ в одном посещении, которая составляет 3,9, число УЕТ в одном посещении с профилактической целью – 2,7, в одном обращении в связи с заболеванием (законченном случае лечения) – 8,5. При этом стоимость посещения и обращения корректируется с учетом содержащегося в них количества УЕТ.

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях (приложение № 8 к Тарифному соглашению), определено «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», разработанными Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

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	ЧУЗ «Поликлиника «РЖД-Медицина» г. Сковородино
33	ЧУЗ «Поликлиника «РЖД-Медицина» г. Белогорска
34	ЧУЗ «Поликлиника «РЖД-Медицина» пгт. Магдагачи
35	НУЗ «Узловая поликлиника на станции Завитая открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
36	ЧУЗ «Поликлиника «РЖД-Медицина» г. Шимановск
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»
41	МСЧ космодрома «Восточный» Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Дальневосточный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства»

2.15.1.3. Оплата по подушевому нормативу на прикрепившихся к медицинской организации лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи осуществляется в медицинских организациях ГБУЗ АО «Селемджинская больница», ГБУЗ АО «Сковородинская центральная районная больница», ГАУЗ АО «Михайловская больница», имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, с учетом оценки показателей результативности деятельности медицинской организации (включая фактическое выполнение объема медицинской помощи по видам и условиям оказания).

Указанный способ оплаты применяется в целях оптимизации оплаты медицинской помощи, оказываемой данными медицинскими организациями, являющимися самостоятельными юридическими лицами, в том числе расположенными в сельской местности, в отдаленных, труднодоступных и малонаселенных районах, с учетом количества структурных подразделений, объема оказываемой медицинской помощи, численности прикрепленного населения.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются:

- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;
- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме.

Оценка результативности деятельности медицинских организаций производится на основании Методики оценки результативности деятельности медицинских организаций Амурской области, финансируемых за счет средств обязательного медицинского страхования по подушевому нормативу финансирования исходя из количества прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи (Приложение № 44 к Тарифному соглашению) и в соответствии с Показателями результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых за счет средств обязательного медицинского страхования по подушевому нормативу исходя из количества прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой

медицинской организацией медицинской помощи (Приложение № 45 к Тарифному соглашению).

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 «Клиника сердца», 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 «Клиника сердца», 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 услугу экстракорпорального диализа и один день перитонеального диализа. При этом в целях учета объемов медицинской помощи необходимо 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 приказами Министерства здравоохранения Амурской области, утверждающими порядок направления населения Амурской области на прохождение компьютерной и магнитно-резонансной томографии при амбулаторном лечении в медицинские организации Амурской области;

- 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 по поводу заболевания единицей объема является обращение, с профилактической целью и при оказании медицинской помощи в неотложной форме – посещение.

При этом учитывается средняя кратность УЕТ в одном посещении, которая составляет 3,9, число УЕТ в одном посещении с профилактической целью – 2,7, в одном обращении в связи с заболеванием (законченном случае лечения) – 8,5. При этом стоимость посещения и обращения корректируется с учетом содержащегося в них количества УЕТ.

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях (приложение № 8 к Тарифному соглашению), определено «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», разработанными Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

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	ООО «Клиника сердца»
16	ООО «Миллениум»
17	ООО «Диализный центр Нефрос-Дон»
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 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 оказания ВМП, рассчитанный на основании норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления ВМП по перечню видов, включенных в Территориальную программу ОМС.

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 (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь	
I уровень, подуровень I.I. - Медицинские организации, расположенные на территории ЗАТО, оказывающие населению первичную медико-санитарную помощь, и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь, и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь	
1	МСЧ космодрома «Восточный» Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Дальневосточный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства»
I уровень, подуровень I.II.	
1	ГБУЗ АО «Шимановская больница», за исключением межмуниципального травматологического центра II уровня
2	ГБУЗ АО «Архаринская больница»
3	ГБУЗ АО «Завитинская больница»
4	ГАУЗ АО «Ивановская больница», за исключением отделения медицинской реабилитации
5	ГАУЗ АО «Константиновская больница»
6	ГБУЗ АО «Магдагачинская больница»
7	ГБУЗ АО «Мазановская больница»
8	ГАУЗ АО «Михайловская больница»
9	ГБУЗ АО «Октябрьская больница»
10	ГАУЗ АО «Больница рабочего поселка (пгт) Прогресс»
11	ГБУЗ АО «Ромненская больница»
12	ГБУЗ АО «Селемджинская больница»
13	ГБУЗ АО «Серышевская больница»
14	ГБУЗ АО «Сковородинская центральная районная больница», за исключением межмуниципального травматологического центра II уровня
15	ГАУЗ АО «Тамбовская больница»
16	ГБУЗ АО «Бурейская больница», за исключением межмуниципального травматологического центра II уровня
17	Федеральное государственное казенное учреждение «411 военный госпиталь» Министерства обороны Российской Федерации, г.Белогорск
18	Свободненская больница Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Дальневосточный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» России
19	Федеральное казенное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Амурской области»
20	НУЗ «Узловая больница на станции Февральск открытого акционерного

	общества «Российские железные дороги»
21	НУЗ «Узловая больница на станции Юктали открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
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	
II уровень, подуровень II.1.	
1	ГАУЗ АО «Белогорская больница»
2	ГБУЗ АО «Свободненская больница»
3	ФГБНУ «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания»
II уровень, подуровень II.2.	
1	ГБУЗ АО «Зейская больница им. Б.Е.Смирнова»
2	ГАУЗ АО «Детская городская клиническая больница»
3	ГБУЗ АО «Райчихинская городская больница»
4	ГАУЗ АО «Тындинская больница»
II уровень, подуровень II.3.	
1	ГАУЗ АО «Амурская областная инфекционная больница»
2	ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»
3	ООО «АмурМед»
4	ГАУЗ АО «Ивановская больница» (отделение медицинской реабилитации)
5	ГБУЗ АО «Шимановская больница» (межмуниципальный травматологический центр II уровня)
6	ГБУЗ АО «Сковородинская центральная районная больница» (межмуниципальный травматологический центр II уровня)
7	ГБУЗ АО «Бурейская больница» (межмуниципальный травматологический центр II уровня)
8	ГАУЗ АО «Больница восстановительного лечения»
III уровень - Медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь	
III уровень, подуровень III.1.	
1	ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации
III уровень, подуровень III.2.	
1	ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница» (профили медицинской помощи, по которым оказывается ВМП: абдоминальная хирургия, акушерство и гинекология, гематология, комбустиология, нейрохирургия, неонатология, онкология, оториноларингология, офтальмология, ревматология, сердечно-сосудистая хирургия, торакальная хирургия, травматология и ортопедия, урология, челюстно-лицевая хирургия)
2	ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница» (профили медицинской помощи, по которым оказывается ВМП: неонатология, оториноларингология, офтальмология, педиатрия, травматология и ортопедия, урология, эндокринология)
III уровень, подуровень III.3.	

1	ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница» (профили медицинской помощи, не относящиеся к подуровню III.П.)
2	ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница» (профили медицинской помощи, не относящиеся к подуровню III.П.)
III уровень, подуровень III.IV.	
1	ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница»
2	ГАУЗ АО «Амурский областной онкологический диспансер»
III уровень, подуровень III.V.	
1	ООО «МЛ Мицар»
2	ООО «Эндоскопическая хирургия»

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.

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов (классификационных критериев):

- а. Диагноз (код по МКБ 10);
- б. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг,

утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура), при наличии;

- c. Схема лекарственной терапии;
- d. МНН лекарственного препарата;
- e. Возрастная категория пациента;
- f. Сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ 10);
- g. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации;
- h. Длительность непрерывного проведения искусственной вентиляции легких;
- i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- j. Пол;
- k. Длительность лечения.

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.

Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги приведен в приложении № 33.

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

К прерванным также относятся все остальные случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее представлен в таблице.

Таблица 1

№ КСГ	Наименование КСГ
Круглосуточный стационар	
st02.001	Осложнения, связанные с беременностью
st02.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
st03.002	Ангioneвротический отек, анафилактический шок
st05.006	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые*
st05.007	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые*
st05.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе*
st05.009	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы*
st05.010	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
st05.011	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*

№ КСГ	Наименование КСГ
st16.005	Сотрясение головного мозга
st19.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
st19.028	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
st19.029	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
st19.030	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
st19.031	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
st19.032	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
st19.033	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
st19.034	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
st19.035	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
st19.036	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
st19.038	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st27.012	Отравления и другие воздействия внешних причин
st31.017	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
st36.003	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

<*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 40% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 60% от стоимости КСГ.

В случае, если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая при проведении лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

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

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

- родовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более (за исключением случаев, представленных в Инструкции) с последующим родоразрешением.

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

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

Оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», а также st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение» возможна при родовой 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.

КСГ № st01.001 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» может быть подана на оплату только медицинскими организациями, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

Особенности формирования отдельных КСГ указаны в Инструкции.

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

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

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

Медицинская помощь в неотложной и экстренной формах, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками и на основе стандартов медицинской помощи, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, в соответствии с установленными способами оплаты.

После оказания в медицинской организации, в том числе федеральной медицинской организации, высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при

соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Разделе I Приложения № 5 к Территориальной программе. Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Тарифным соглашением. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

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

Для КСГ №№ st37.001-st37.018 в стационарных условиях критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Градации оценки и описание ШРМ приведены в Инструкции.

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

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

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

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

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

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.

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

№ п/п	Наименование медицинской организации
	I уровень, подуровень I.I. - Медицинские организации, расположенные на территории ЗАТО
1	МСЧ космодрома «Восточный» Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Дальневосточный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства»

	I уровень, подуровень I.П.
1	ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница»
2	ГАУЗ АО «Амурский областной онкологический диспансер»
3	ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница»
4	ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»
5	ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница»
6	ГАУЗ АО «Городская поликлиника № 1» г. Благовещенск
7	ГБУЗ АО «Городская поликлиника № 2» г. Благовещенск
8	ГАУЗ АО «Городская поликлиника № 3» г. Благовещенск
9	ГАУЗ АО «Городская поликлиника № 4» г. Благовещенск
10	ГАУЗ АО «Детская городская клиническая больница»
11	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации
12	ГАУЗ АО «Белогорская больница»
13	ГБУЗ АО «Свободненская больница»
14	ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника»
15	ГБУЗ АО «Шимановская больница»
16	ГБУЗ АО «Архаринская больница»
17	ГБУЗ АО «Зейская больница им. Б.Е.Смирнова»
18	ГБУЗ АО «Завитинская больница»
19	ГАУЗ АО «Ивановская больница»
20	ГАУЗ АО «Константиновская больница»
21	ГБУЗ АО «Магдагачинская больница»
22	ГБУЗ АО «Мазановская больница»
23	ГАУЗ АО «Михайловская больница»
24	ГБУЗ АО «Октябрьская больница»
25	ГБУЗ АО «Райчихинская городская больница»
26	ГАУЗ АО «Больница рабочего поселка (пгт) Прогресс»
27	ГБУЗ АО «Ромненская больница»
28	ГБУЗ АО «Селемджинская больница»
24	ГБУЗ АО «Серышевская больница»
29	ГБУЗ АО «Сковородинская центральная районная больница»
30	ГАУЗ АО «Тамбовская больница»
31	ГАУЗ АО «Тындинская больница»
32	ГБУЗ АО «Бурейская больница»
33	Свободненская больница Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Дальневосточный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» России
34	ЧУЗ «Поликлиника «РЖД-Медицина» г. Сковородино
35	ЧУЗ «Поликлиника «РЖД-Медицина» г. Белогорск
36	ЧУЗ «Поликлиника «РЖД-Медицина» пгт Магдагачи
37	НУЗ «Узловая поликлиника на станции Завитая открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
38	ЧУЗ «Поликлиника «РЖД-Медицина» г. Шимановск
39	НУЗ «Узловая поликлиника на станции Ерофей Павлович открытого

	акционерного общества «Российские железные дороги»
40	НУЗ «Отделенческая больница на станции Тында открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
41	НУЗ «Узловая больница на станции Февральск открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
42	НУЗ «Узловая больница на станции Юктали открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
43	ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»
44	Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания»
45	ООО «Эндоскопическая хирургия»
46	ООО «АмурМед»
47	ООО "Медлайн-Премьер"
48	ООО «МЛ Мицар»
49	ГБУЗ АО «Больница восстановительного лечения»
50	ГБУЗ АО «Центр реабилитации Надежда»

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

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов (классификационных критериев):

- а. Диагноз (код по МКБ 10);
- б. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура), при наличии;
- с. Схема лекарственной терапии;
- д. МНН лекарственного препарата;
- е. Возрастная категория пациента;
- ф. Сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ 10);
- г. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации;
- h. Длительность непрерывного проведения искусственной вентиляции легких;
- і. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

j. Пол;

к. Длительность лечения.

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.

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

К прерванным также относятся все остальные случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее представлен в таблице.

Таблица 1а

№ КСГ	Наименование КСГ
Дневной стационар	
ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
ds02.007	Аборт медикаментозный
ds05.003	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые*
ds05.004	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые*
ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе*
ds05.006	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы*
ds05.007	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
ds15.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
ds19.018	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
ds19.019	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
ds19.020	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
ds19.021	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
ds19.022	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
ds19.023	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
ds19.024	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
ds19.025	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
ds19.026	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
ds19.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
ds19.028	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
ds19.029	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)

№ КСГ	Наименование КСГ
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
ds20.006	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
ds25.001	Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения
ds27.001	Отравления и другие воздействия внешних причин
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
ds36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
ds36.004	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*

<*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 40% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 60% от стоимости КСГ.

В случае, если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая при проведении лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения

случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

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

- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации.

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

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

Для КСГ №№ ds37.001-ds37.012 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации. Градации оценки и описание ШРМ приведены в Инструкции.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и легкой степени тяжести

указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

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

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

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

Таблица 2

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

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

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

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

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

2.18. 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	НУЗ «Узловая больница на станции Февральск открытого акционерного общества «Российские железные дороги»
25	МСЧ космодрома «Восточный» Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Дальневосточный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства»

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 21.11.2018 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 12.12.2018 № 294-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Амурской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».

3.4. При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи применяется коэффициент дифференциации для Амурской области – 1,474, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 (ред. от 18.10.2018) «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 стационара.

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 медицинской помощи в стационарных условиях, 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 врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых 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 5911,4 рублей в год.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива:

Возраст	Пол	Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива
0 – 1 год	мужчина	4,34792
	женщина	4,13283
1 -4 года	мужчина	2,01577
	женщина	2,00984
5 – 17 лет	мужчина	1,22166
	женщина	1,28709
18 – 59 лет	мужчина	0,46956
18 – 54 года	женщина	0,93009
60 лет и старше	мужчина	0,97661
55 лет и старше	женщина	1,33662

В части финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по подушевому нормативу, базовый (средний) подушевой норматив (ПНбаз) составляет 3294,37 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 28 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:

$КД_{инт} = КД_{пв} \times КД_{суб}$, где:

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

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

$КД_{суб}$ – 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 ($СКД_{инт}^i$).

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 № 2 к Тарифному соглашению.

Размер месячного подушевого норматива на прикрепившихся к медицинской организации лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи приведен в приложении № 46 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 7957,3 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 тарифов с учетом территориального РК (КДсуб) (приложение № 1);

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

- для медицинских организаций I уровня:
- подуровня I.I. – 1,2;
- подуровня I.II. – 0,95;
- для медицинских организаций II уровня:
- подуровня II.I. – 1,12;
- подуровня II.II. – 1,1;
- подуровня II.III. – 1,05;
- для медицинских организаций III уровня:
- подуровня III.I. – 1,4;
- подуровня III.II. – 1,35;
- подуровня III.III. – 1,18;
- подуровня III.IV. – 1,16;
- подуровня III.V. – 1,11.

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

г) коэффициентом сложности лечения пациента (КСЛП) (приложение № 34);

д) управленческим коэффициентом (КУ) (приложение № 23).

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

$СС_{КСГ} = БС * КЗ_{КСГ} * КУ * КУС * КСЛП * КД_{суб} * (40\%; 60\%; 80\%; 90\%; 100\%)$, где

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

КЗ_{КСГ} - коэффициент относительной затратоемкости;

КУ – управленческий коэффициент;

КУС - коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента;

КД_{суб} – коэффициент дифференциации тарифов с учетом территориального РК.

Перечень КСГ, к которым не применяется КУС при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, определен приложением № 32.

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), устанавливается КСЛП.

Правила отнесения случаев к сверхдлительным не распространяются на КСГ, объединяющие случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (st19.039-st19.055, ds19.001-ds19.015), т.е. указанные случаи не могут считаться сверхдлительными и оплачиваться с применением соответствующего КСЛП.

Значение КСЛП определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней. Стоимость койко-дня для оплаты случаев сверхдлинного пребывания определяется с учетом компенсаций расходов на медикаменты и расходные материалы в профильном отделении.

$$КСЛП = 1 + \frac{ФКД - НКД}{НКД} \times K_{дл},$$

где

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента;

К_{дл} – 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;

ФКД – фактическое количество койко-дней;

НКД – 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) – 20933 рублей.

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 1727,2 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 № 30);

б) коэффициентом дифференциации тарифов с учетом территориального РК (КДсуб) (приложение № 1);

в) коэффициентом уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара (КУС):

- для медицинских организаций I уровня:

- подуровня I.I. – 1,2;

- подуровня I.II. – 1,0.

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

$ССксг = БС * КЗксг * КУС * КДсуб * (40\%; 60\%; 80\%; 90\%; 100\%)$, где

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

КЗксг – коэффициент относительной затратоемкости;

КУС - коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара;

КДсуб – коэффициент дифференциации тарифов с учетом территориального РК.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) – 11605 рублей.

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 1014,8 рублей в год.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива:

Возраст	Пол	Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива
0 – 1 год	мужчина	4,35916
	женщина	4,08151
1 – 4 года	мужчина	2,07054
	женщина	1,93053
5 – 17 лет	мужчина	0,62550
	женщина	0,60840
18 – 59 лет	мужчина	0,55709
18 – 54 года	женщина	0,66879
60 лет и старше	мужчина	1,61005
55 лет и старше	женщина	1,94999

В части финансирования скорой медицинской помощи по подушевому нормативу базовый (средний) подушевой норматив (ПНбаз) составляет 1065,0 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:

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

$Ч_3^i$ – 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 № 25 к Тарифному соглашению.

3.17. Рекомендуемые предельные нормативы расходов в структуре тарифа на оплату медицинской помощи по Территориальной программе ОМС составляют:

	Доля расходов, %			
	Расходы на оплату труда, начисления на выплаты по оплате труда и прочие выплаты	Приобретение медикаментов и расходных материалов	Приобретение продуктов питания	Остальные расходы (мягкий инв., 221, 222, 223, 224, 225, 226, 290, 310, 340)

Медицинская помощь в стационарных условиях	не более 75	не менее 13	не менее 4	не менее 8
Амбулаторная медицинская помощь	не более 85	не менее 4		не менее 11
Стоматологическая помощь	не более 75	не менее 15		не менее 10
Медицинская помощь в условиях дневных стационаров	не более 75	не менее 15*		не менее 10
Скорая медицинская помощь	не более 85	не менее 6		не менее 9
Диализ	не более 40	не менее 55		не менее 5
Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП)	не более 40	не менее 52	не менее 2	не менее 6

* при лечении детей в условиях дневного стационара допускается расходование средств ОМС на приобретение продуктов питания.

Расходы на оплату труда свыше установленных предельных нормативов осуществляются при условии обеспечения в полном объеме необходимых для оказания медицинской помощи материальных затрат в соответствии со стандартами медицинской помощи и при экономии расходов по прочим статьям.

4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неокказание, 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 № 41 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 2019 года и действует до 1 января 2020 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.	Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях
9.	Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних
10.	Тарифы на оплату диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (приказ МЗ РФ от 11.04.2013 № 216н), пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (приказ МЗ РФ от 15.02.2013 № 72н)
11.	Тарифы на оплату мероприятий, проводимых в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения (приказ МЗ РФ от 26.10.2017 № 869н)
12.	Тарифы по профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения (приказ МЗ РФ от 06.12.2012 № 1011н)
13.	Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями 1 и 2 уровня (посещения с профилактической целью)
14.	Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (с иными целями, в том числе в связи с другими обстоятельствами)
15.	Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (Центры Здоровья)
16.	Тарифы на оплату скрининга, направленного на раннее выявление онкологических заболеваний женской репродуктивной сферы в НП «Лечебно-диагностический комплекс «Белая Роза»
17.	Тарифы на оплату услуг диализа
18.	Тарифы на оплату исследований на рентгеновском компьютерном томографе и магнитно-резонансном томографе, выполненных амбулаторным больным
19.	Тарифы на оплату комплексной пренатальной (дородовой) диагностики при сроке беременности 11-14 недель
20.	Тарифы на оплату скринингового ультразвукового исследования при сроке беременности 18-21 неделя
21.	Тарифы на оплату вакцинации неприкрепленного населения
22.	Тарифы на случаи оказания высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемые за счет средств обязательного медицинского страхования
23.	Управленческие коэффициенты (КУ) КСГ (для медицинской

	помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара)
24.	Тарифы на оплату скорой медицинской помощи (размер месячного подушевого норматива финансирования)
25.	Тарифы на оплату скорой медицинской помощи (стоимость одного вызова бригады скорой медицинской помощи)
26.	Тарифы на оплату вызова скорой помощи с проведением тромболизиса
27.	Средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях, определенные для однородных групп медицинских организаций
28.	Средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, определенные для однородных групп
29.	Коэффициенты относительной затратоемкости КСГ (для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара)
30.	Коэффициенты относительной затратоемкости КСГ (для медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара)
31.	Перечень клинико-статистических групп, к которым не применяется коэффициент уровня оказания стационарной помощи (КУС)
32.	Перечень клинико-статистических групп, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги
33.	Перечень случаев, для которых применяется коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП)
34.	Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к различным КСГ
35.	Перечень клинико-статистических групп, относящихся к случаям сверхдлительного пребывания
36.	Перечень однотипных операций на парных органах, при проведении которых применяется КСЛП
37.	Перечень сочетанных хирургических вмешательств, при проведении которых применяется КСЛП
38.	Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию
39.	Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию
40.	Межучрежденческие расчеты
41.	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
42.	Перечень лекарственных препаратов, медицинских изделий, необходимых для оказания стоматологической медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС
43.	Методика оценки результативности деятельности медицинских организаций Амурской области, финансируемых за счет средств

	обязательного медицинского страхования по подушевому нормативу финансирования исходя из количества прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи
44.	Показатели результативности деятельности медицинских организаций
45.	Тарифы на оплату медицинской помощи для медицинских организаций, имеющих прикрепившихся застрахованных лиц (размер месячного подушевого норматива финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи)

Министр здравоохранения
Амурской области

Ю. Субботин
29 декабря 2018 г.

И.о. директора Территориального
фонда обязательного медицинского
страхования Амурской области

Ю. Г. Максимов
29 декабря 2018 г.

Председатель правления
Региональной общественной
организации «Медицинская
палата Амурской области»

А. В. Платонов
29 декабря 2018 г.

Председатель Амурской
областной организации
профсоюза работников
здравоохранения

И. М. Комарова
29 декабря 2018 г.

Директор Амурского филиала
АО «Страховая компания
«СОГАЗ-Мед»

О. Т. Дьячкова
29 декабря 2018 г.