

**Дополнительное соглашение № 2
к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования
Волгоградской области от 27 января 2016 года**

г. Волгоград

29 февраля 2016 года

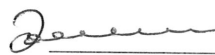
Стороны, действующие в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 18.10.2013г. № 932, постановлением Администрации Волгоградской области от 13 февраля 2012г. № 89-п «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Волгоградской области» (с изменениями и дополнениями от 14 марта 2012г., 10 июля 2012 г., 23 апреля 2013 г., 24 марта 2014 г., 10 марта 2015 г.), Администрация Волгоградской области в лице заместителя Губернатора Волгоградской области Е.А. Харичкина, комитет здравоохранения Волгоградской области в лице председателя В.В. Шкарина, государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области» в лице директора Т.В. Самариной, заместителя директора по мониторингу системы ОМС Т.Г. Грачевой, страховые медицинские организации в лице директора Волгоградского филиала акционерного общества "Страховая компания "СОГАЗ-Мед" В.В. Глазова, руководителя центра ЗПЗ и ЭКМП филиала закрытого акционерного общества "Капитал Медицинское страхование" в г. Волгограде О.В. Захарова, медицинские организации в лице главного врача ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 1», Волгоград Н.А. Черняевой, Волгоградская областная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя И.В. Ерохиной, главного врача ГУЗ «Клиническая больница № 11», члена президиума Волгоградской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Н.В. Трубиной, Волгоградское региональное отделение общероссийской общественной организации «Российская медицинская ассоциация» в лице главного врача ГБОУ ВПО ВолГМУ Минздрава России (Клиника №1) Е.Н. Зюбиной, директора ГКУ «Дирекция по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения Волгоградской области» С.В. Симакова заключили настоящее дополнительное соглашение к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области от 19.02.2015 г. (далее - дополнительное соглашение) о нижеследующем:

1. Внести изменения в Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области от 27 января 2016 года, согласно приложению к настоящему дополнительному соглашению.
2. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания и распространяет своё действие на правоотношения, возникшие с 01 января 2016 года.
3. Настоящее дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области от 27 января 2016 года.

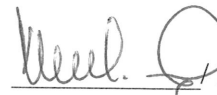
Представители сторон, участвующие в дополнительном соглашении:

От органа исполнительной власти Волгоградской области:

Заместитель Губернатора
Волгоградской области


 / Е.А. Харичкин

Председатель комитета здравоохранения
Волгоградской области

 / В.В. Шкарин

От Государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области»:

Директор «ТФОМС Волгоградской области

 / Т.В. Самарина

Заместитель директора по мониторингу системы
ОМС «ТФОМС Волгоградской области»


 / Т.Г. Грачева

От страховых медицинских организаций:

Директор Волгоградского филиала
АО «Страховая компания "СОГАЗ-Мед»

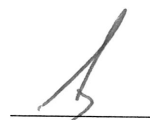
 / В.В. Глазов

Руководитель центра ЗПЗ и ЭКМП
филиала ЗАО "Капитал Медицинское
страхование" в г. Волгограде

 / О.В. Захаров


От медицинских организаций:

Главный врач
ГБУЗ «ВОКБ №1»

 / Н.А. Черняева

От профессионального союза медицинских работников:

Председатель Волгоградской областной организации
профсоюза работников здравоохранения Российской
Федерации


 / И.В. Ерохина

Главный врач ГУЗ «Клиническая больница № 11»,
член президиума Волгоградской областной организации
профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации

 / Н.В. Трубина

От Волгоградского регионального отделения общероссийской общественной организации
«Российская медицинская ассоциация»:

Главный врач ГБОУ ВПО «ВолгГМУ»
Минздрава России (Клиника №1), член правления Волгоградского
регионального отделения общероссийской общественной
организации «Российская медицинская ассоциация»

 / Е.Н. Зюбина

Директор ГКУ «Дирекция по обеспечению
деятельности государственных учреждений
здравоохранения Волгоградской области»,
член правления Волгоградского регионального
отделения общероссийской общественной организации
«Российская медицинская ассоциация»

 / С.В. Симаков

Приложение к дополнительному
соглашению № 2 от 29 февраля 2016 года
к Тарифному соглашению в сфере ОМС
Волгоградской области от 27 января 2016 года.

Изменения, которые вносятся в Тарифное соглашение в сфере ОМС Волгоградской области
от 27 января 2016 года

1. В разделе 1 «Общие положения»:

1.1. Пункт 1.2.3. изложить в следующей редакции:

« 1.2.3. Обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания (травмы или иного состояния) у врача одной специальности, фельдшера (акушерки) при кратности не менее двух посещений по поводу одного заболевания, в том числе при проведении диспансерного наблюдения в течение месяца пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями или высоким риском их развития.»;

1.2. Пункт 1.2.9. изложить в следующей редакции:

«1.2.9. Финансовый результат - сумма финансовых средств, рассчитанная как разница между расчетной суммой финансовых средств, предназначенных на оплату медицинской помощи прикрепившимся к МО застрахованным лицам, и суммой финансовых средств по зарегистрированным счетам за медицинскую помощь, оказанную прикрепившимся к МО застрахованным лицам.».

2. В разделе 2 «Способы оплаты медицинской помощи» пункт 2.1. изложить в следующей редакции:

«2.1. 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: медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай), за комплексную услугу при проведении диспансеризации определенных групп населения;

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи).

По подушевому нормативу осуществляется финансовое обеспечение первичной медико-санитарной и специализированной помощи, за исключением услуг центров здоровья, услуг централизованных клинических лабораторий (клинико-диагностической, цитологической), КТ и МРТ-исследований, диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий населения, медицинской реабилитации, консультативной помощи, неотложной помощи в приемном отделении пациентам, не нуждающимся в госпитализации, медицинской помощи по следующим профилям:

- акушерство и гинекология (за исключением использования репродуктивных технологий),

- дерматовенерология (в части оказания помощи дерматологическим больным),

- колопроктология,

- онкология,

- сердечно-сосудистая хирургия,

- травматология и ортопедия,
- медицинская помощь, оказанная службой неотложной медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- стоматология, стоматология детская, стоматология терапевтическая, стоматология общей практики, стоматология хирургическая, ортодонтия.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, представлен в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

Показатели результативности деятельности медицинских организаций, критерии их оценки и порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за достижение соответствующих показателей представлены в приложении 2 к настоящему Тарифному соглашению.»

3. В разделе 3 «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи»:

3.1. Пункты 3.2.4., 3.2.5., 3.2.6. изложить в следующей редакции:

«3.2.4. Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинской организацией, имеющей прикрепившееся население (за исключением тарифов на все виды медицинских осмотров, диспансеризацию определенных групп населения, стоматологические медицинские услуги, а также обращения с лечебной целью к врачу-дерматологу, травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу, колопроктологу, сердечно-сосудистому хирургу, онкологу, к офтальмологу с применением лазерных технологий, эндокринологу кабинета "Диабетическая стопа", посещения с профилактической целью к врачу-дерматологу, травматологу-ортопеду, колопроктологу, сердечно-сосудистому хирургу, онкологу, акушеру-гинекологу, в том числе патронажные посещения на дому, патронажные посещения акушеркой на дому, консультативные посещения всех специалистов, посещения Центров здоровья, посещения с неотложной целью к врачу - травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу, все врачебные приемы в приемном отделении стационара без госпитализации, разовые посещения по поводу заболевания к врачу дерматологу, травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу, колопроктологу, сердечно-сосудистому хирургу, онкологу, специалистам службы неотложной помощи в амбулаторных условиях), рассчитываются как произведение базового тарифа соответствующей единицы оплаты и поправочного коэффициента по амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций, имеющих прикрепившееся население.

Поправочные коэффициенты по амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций, имеющих прикрепившееся население, учитывают все затраты, непосредственно связанные с оказанием амбулаторной медицинской помощи.

Эти коэффициенты утверждаются Комиссией для медицинских организаций и не изменяются в течение года.

3.2.5. Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинской организацией, не имеющей прикрепившегося населения (за исключением тарифов на все виды медицинских осмотров, диспансеризацию определенных групп населения, стоматологические медицинские услуги, а также обращения с лечебной целью к врачу-дерматологу, травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу, колопроктологу, сердечно-сосудистому хирургу, онкологу, к офтальмологу с применением лазерных технологий, эндокринологу кабинета "Диабетическая стопа", посещения с профилактической целью к врачу-дерматологу, травматологу-ортопеду, колопроктологу, сердечно-сосудистому хирургу, онкологу, акушеру-гинекологу, в том числе патронажные посещения на дому, патронажные посещения акушеркой на дому, консультативные посещения всех специалистов, посещения Центров здоровья, посещения с неотложной целью к врачу - травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу, все врачебные приемы в

приемном отделении стационара, разовые посещения по поводу заболевания к врачу дерматологу, травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу, колопроктологу, сердечно-сосудистому хирургу, онкологу, специалистам службы неотложной помощи в амбулаторных условиях), рассчитываются как произведение базового тарифа соответствующей единицы оплаты и поправочного коэффициента по амбулаторной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинской организацией, не имеющей прикрепившегося населения.

3.2.6. Тарифы на все виды медицинских осмотров, диспансеризацию определенных групп населения, стоматологические медицинские услуги, лабораторно-диагностические услуги, оказываемые централизованной клинико-диагностической лабораторией, а также обращения с лечебной целью к врачу-дерматологу, травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу, колопроктологу, сердечно-сосудистому хирургу, онкологу, к офтальмологу с применением лазерных технологий, эндокринологу кабинета "Диабетическая стопа", посещения с профилактической целью к врачу-дерматологу, травматологу-ортопеду, колопроктологу, сердечно-сосудистому хирургу, онкологу, акушеру-гинекологу, в том числе патронажные посещения на дому, патронажные посещения акушеркой на дому, консультативные посещения всех специалистов, посещения Центров здоровья, посещения с неотложной целью к врачу - травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу, все врачебные приемы в приемном отделении стационара без госпитализации, разовые посещения по поводу заболевания к врачу-дерматологу, травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу, колопроктологу, сердечно-сосудистому хирургу, онкологу, специалистам службы неотложной помощи в амбулаторных условиях являются едиными для всех медицинских организаций, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, и не зависят от поправочных коэффициентов.

Поправочные коэффициенты для медицинских организаций утверждаются Комиссией и могут изменяться в течение года.

Базовые тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, представлены в приложении 6 к настоящему Тарифному соглашению.»

3.2. абзац четвертый пункта 3.3.2. изложить в следующей редакции:

«3.3.2. Оплате по тарифу законченного случая госпитализации подлежат все случаи госпитализации при оказании специализированной медицинской помощи независимо от длительности лечения и причин выбытия из стационара в рамках утвержденных объемов стационарной медицинской помощи. Для ряда случаев стационарного лечения длительностью 1 - 3 койко-дня (для случаев медицинской реабилитации 1 – 6 койко-дней) выделены отдельные подгруппы КСГ, к которым применен управленческий коэффициент. Исключением из таких случаев являются случаи, при которых пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая госпитализации к конкретной КСГ. Таким образом, для "коротких" групп предусмотрен тариф в размере 30% от группы с полной длительностью, а для групп с оперативным лечением, являющимся критерием отнесения к КСГ применяется тариф в размере 100%. По случаям, относящимся к КСГ, не имеющим отдельных "коротких" подгрупп, оплата происходит независимо от длительности пребывания и результата обращения за медпомощью. Отдельные сверхкороткие случаи госпитализации, указанные в Инструкции по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, в условиях стационара, дневного стационара и стационара на дому на территории Волгоградской области с 01.01.2016 (далее - Инструкция на 2016 год) оплачиваются по полному тарифу независимо от длительности лечения. Отдельные особенности отнесения случаев стационарного лечения к соответствующим КСГ стационара и оплаты по тарифу законченного случая госпитализации описаны в

3.3.3. абзац второй пункта 3.4.2. изложить в следующей редакции:

«3.4.2. Оплате по тарифу законченного случая лечения подлежат все случаи госпитализации при оказании медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров при стационарной медицинской организации, в условиях дневных стационаров при амбулаторно-поликлинической медицинской организации и стационаров на дому независимо от длительности лечения и причин выбытия из дневного стационара в рамках утвержденных объемов стационарзамещающей медицинской помощи. Для случаев лечения в условиях дневного стационара с длительностью от 1 до 3 дней (для случаев медицинской реабилитации 1 – 6 дней, для случаев специального лечения вирусных гепатитов по КСГ с №№21-24 по МЗ РФ 1 – 20 дней) выделены отдельные подгруппы КСГ, к которым применен управленческий коэффициент. Таким образом, для "коротких" групп предусмотрен тариф в размере 30% от группы с полной длительностью, а для групп с оперативным лечением, являющимся критерием отнесения к КСГ применяется тариф в размере 100%. Исключение составляют КСГ, средняя длительность по которым изначально не выше данных параметров (оплата подобных случаев производится независимо от длительности лечения). Случаи лечения бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение), оплачиваются по отдельным КСГ, дифференцированным по этапам прерывания процедуры.»

4. Приложение 4 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, по уровням оказания медицинской помощи с указанием уровня оплаты» к Тарифному соглашению дополнить строкой:

«

Код МО	Наименование медицинской организации	Уровень оказания медицинской помощи	Уровень оплаты	Коэффициент
1	2	3	4	5
101309	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Волгоградская областная клиническая инфекционная больница № 1», Волгоград	2	2-01	1,0

»

5. Приложение 9 «Тарифы законченных случаев высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по методам, входящим в базовую программу ОМС» к Тарифному соглашению дополнить строкой:

«

Код тарифа	Название услуги	Номер метода ВМП	Вид ВМП 2016	N группы ВМП 2016	Тариф взрослый (руб.)	Тариф детский (руб.)
	Травматология и ортопедия					
1.12.521	Законченный случай с имплантацией эндопротеза сустава при коксартрозе	521	16.00.33.005	33	125 460,0	125 460,0

»

6. Подразделы 1, 2, 3 раздела I Приложения 13 «Оплата медицинской помощи, формирование счетов и реестров счетов» к Тарифному соглашению изложить в следующей редакции:

«Раздел I: Оплата медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области

1.Амбулаторная помощь

Оплата амбулаторной медицинской помощи производится по тарифам обращений и посещений к врачам и фельдшерам (акушеркам), за лечебные и диагностические услуги, по подушевому нормативу на прикрепленных лиц, застрахованных в Волгоградской области, в рамках объемов амбулаторной медицинской помощи, утвержденных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС в Волгоградской области.

1.1. Оплата амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, застрахованных в Волгоградской области, с учетом показателей результативности деятельности МО, в том числе с включением расходов за медицинскую помощь, оказываемую прикрепившимся лицам в иных МО.

1.1.1. Общие положения

Способ оплаты амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, застрахованных в Волгоградской области, определен для МО, имеющих прикрепившееся население, перечень которых приведен в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

Оплата амбулаторной медицинской помощи, оказанной МО, имеющими прикрепившееся население, лицам, застрахованным в Волгоградской области, а также оказанной лицам, застрахованным за пределами Волгоградской области, производится:

по тарифам врачебных посещений (с профилактической целью и иной целью, при оказании неотложной помощи),

по тарифам посещений фельдшера (акушерки), ведущего самостоятельный прием (с профилактической целью и иной целью, при оказании неотложной помощи),

по тарифам обращений в связи с заболеваниями к врачам (фельдшерам, акушеркам), в том числе при проведении диспансерного наблюдения в течение месяца пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями или высоким риском их развития,

по тарифам за законченный случай проведения диспансеризации определенных групп населения (при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения оплате за законченный случай подлежит первый этап в случае выполнения не менее 85% от объема диспансеризации, при этом осмотры врачами специалистами и исследования выполненные ранее вне рамок диспансеризации и отказы гражданина от прохождения отдельных осмотров должны составлять не более 15%),

по тарифам за законченный случай профилактического медицинского осмотра взрослого населения,

по тарифам за законченный случай профилактического, периодического и предварительного медицинского осмотра несовершеннолетних (состоящего из первого этапа),

по тарифам за законченный случай диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (состоящего из первого этапа),

по тарифам посещений центра здоровья,

по тарифам лечебно-диагностических услуг (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, стоматология).

по тарифам лечебно-диагностических услуг (при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения, в случае если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации и учтенных осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации). Первый этап диспансеризации считается завершенным, но при этом оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования) по тарифам медицинских услуг. Таким образом, тариф завершенного случая диспансеризации складывается из определенной Тарифным соглашением стоимости фактически выполненных лечебно-диагностических процедур,

по тарифам лечебно-диагностических услуг профилактического и предварительного медицинского осмотра несовершеннолетних, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (состоящих из двух этапов).

Оплата за амбулаторную медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам по месту прикрепления, осуществляется страховыми медицинскими организациями за выполненное посещение, обращение или услугу, стоимость которых включает прием специалиста, врачебную манипуляцию и назначенные им обследования. Оплата за диагностические исследования (за исключением компьютерной и магнитно-резонансной томографии, услуг централизованных диагностических лабораторий (клинико-диагностической, цитологической, пренатального скрининга дородовой диагностики)) осуществляемые по направлению МО в другие МО, производится в виде взаиморасчетов между этими МО без выставления счетов в страховые медицинские организации.

Подушевой норматив финансирования включает в себя финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность амбулаторной службы МО, в том числе прием участковых врачей, врачей общей практики, врачей-специалистов, среднего медицинского персонала, параклинические услуги за исключением услуг централизованных диагностических лабораторий (клинико-диагностической, цитологической, пренатального скрининга дородовой диагностики).

Кроме того, подушевой норматив финансирования включает в себя финансовые средства на оплату амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной прикрепившимся застрахованным лицам в иных МО, т.е. не по месту прикрепления.

Оплата за первичную специализированную медико-санитарную помощь, оказанную врачами-специалистами на амбулаторно-поликлиническом этапе застрахованным лицам вне места прикрепления, осуществляется страховыми медицинскими организациями за выполненное посещение, обращение или услугу по действующим тарифам.

Оплата за первичную медико-санитарную помощь, оказанную врачами участковыми терапевтами, участковыми педиатрами, врачами общей практики не прикрепившемуся к данной медицинской организации населению осуществляется страховыми медицинскими организациями только при оказании медицинской помощи при неотложных состояниях по тарифам за выполненные посещения в неотложной форме. При необходимости повторные посещения выполняются к терапевтам и педиатрам не участковым и оплачиваются по тарифам за разовое посещение по поводу заболевания. Выполненные не прикрепившемуся к данной медицинской организации населению посещения с целью проведения профилактических прививок в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям, с целью

динамического наблюдения за состоянием развития ребенка, оплачиваются страховыми медицинскими организациями по тарифам за выполненное посещение с профилактической целью к врачу терапевту и педиатру не участковым. Проведение диспансеризации не прикрепившемуся к данной медицинской организации населению не подлежит оплате.

При расчете объемов финансирования МО по подушевому нормативу финансирования на прикрепленное население расчеты с другими МО за амбулаторную медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в этих МО (т.е. не по месту прикрепления), учитываются централизованно. При этом не учитываются расходы на оплату счетов за:

- диспансеризацию и профилактические осмотры определенных групп населения;
- стоматологическую помощь;
- дерматологическую помощь;
- акушерско-гинекологическую помощь;
- травматологическую помощь;
- консультативную помощь;
- услуги компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии;
- услуги центров здоровья;
- неотложную медицинскую помощь, оказанную в приемном отделении стационара пациентам, не нуждающимся в госпитализации, и медицинскую помощь, оказанную службой неотложной помощи в амбулаторных условиях;
- медицинскую реабилитацию;
- медицинскую помощь по профилю «колопроктология»;
- онкологическую помощь;
- медицинскую помощь по профилю «сердечно-сосудистая хирургия»;
- услуги централизованных диагностических лабораторий (клинико-диагностической, цитологической, пренатального скрининга дородовой диагностики).

Определение ежемесячного объема финансирования конкретной медицинской организации, оказывающей амбулаторную медицинскую помощь и имеющей прикрепившееся население, производится ТФОМС на основании централизованного учета стоимости всей амбулаторной медицинской помощи, оказанной прикрепившимся к МО застрахованным лицам, в том числе оказанной не по месту прикрепления. При централизованном расчете учитываются численность прикрепившихся застрахованных лиц на основе акта сверки численности по договору на оказание и оплату медицинской помощи и подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи на прикрепившееся застрахованное население (тарифы).

Информация о ежемесячных объемах финансирования направляется ТФОМС в медицинские организации, имеющие прикрепившееся застрахованное население.

Расчеты за амбулаторную медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам другими МО не по месту прикрепления, за посещения, обращения и услуги учитываются в рамках централизованного расчета, за исключением расходов за услуги и диагностические исследования, входящие в стандарт оказания медицинской помощи, осуществляемые между МО по договорам, и оплачиваемые в рамках взаиморасчетов между МО.

1.1.2. Расчет среднего размера финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Волгоградской области в расчете на одно застрахованное лицо.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Волгоградской области в расчете на одно застрахованное лицо (ФО АМБ_{СР}) определяется по формуле:

$$\text{ФО АМБ}_{\text{СР}} = (S_{\text{АМБ}} - S_{\text{НСЗ}}) / \text{Ч}_{\text{ЗЛ}}, \text{ где:}$$

$S_{\text{АМБ}}$ - сумма средств ОМС для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, утвержденная территориальной программой ОМС на соответствующий финансовый год (в случае поступления в бюджет ТФОМС дополнительных средств, не учтенных в территориальной программе ОМС, сумма средств ОМС для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, может быть увеличена до внесения соответствующих изменений в параметры территориальной программы ОМС на основании распоряжения директора ТФОМС);

$S_{\text{НСЗ}}$ - сумма средств ОМС, направляемая на формирование нормированного страхового запаса ТФОМС в соответствующем финансовом году. Определяется исходя из суммы средств необходимых для оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования и для других целей использования средств нормированного страхового запаса ТФОМС;

$\text{Ч}_{\text{ЗЛ}}$ - численность застрахованных в Волгоградской области лиц (определяется на основании регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц и соответствует численности застрахованных лиц, учитываемой при расчете территориальной программы ОМС на соответствующий финансовый год по состоянию на первое апреля предшествующего года).

1.1.3. Расчет среднего подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц на соответствующий финансовый год

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на соответствующий финансовый год ($\text{ПН АМБ}_{\text{БАЗ}}$) определяется по формуле:

$$\text{ПН АМБ}_{\text{БАЗ}} = (\text{ФО АМБ}_{\text{СР}} \times \text{Ч}_{\text{ЗЛ}} - S_{\text{ДИСП}} - S_{\text{СТОМАТ}} - S_{\text{ДЕРМ}} - S_{\text{ГИН}} - S_{\text{ТР}} - S_{\text{КОНС}} - S_{\text{ТОМ}} - S_{\text{ЦЗ}} - S_{\text{НП}} - S_{\text{РЕАБ}} - S_{\text{К}} - S_{\text{ОНКО}} - S_{\text{ССХ}} - S_{\text{ЦДЛ}}) / \text{Ч}_{\text{ЗЛ}}, \text{ где:}$$

$S_{\text{ДИСП}}$ - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за все виды диспансеризации и профилактические осмотры отдельных категорий граждан, включенные в территориальную программу ОМС на соответствующий финансовый год;

$S_{\text{СТОМАТ}}$ - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за стоматологическую помощь, включенную в территориальную программу ОМС на соответствующий финансовый год;

$S_{\text{ДЕРМ}}$ - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за дерматологическую помощь, включенную в территориальную программу ОМС на соответствующий финансовый год;

$S_{\text{ГИН}}$ - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за акушерско-гинекологическую помощь, включенную в территориальную программу ОМС на соответствующий финансовый год;

$S_{\text{ТР}}$ - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи,

застрахованным в Волгоградской области лицам за травматологическую помощь, включенную в территориальную программу ОМС на соответствующий финансовый год;

$S_{\text{конс}}$ - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за консультативную помощь, включенную в территориальную программу ОМС на соответствующий финансовый год;

$S_{\text{том}}$ - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за услуги компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии, включенные в территориальную программу ОМС на соответствующий финансовый год;

$S_{\text{цз}}$ - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за услуги центров здоровья, включенные в территориальную программу ОМС на соответствующий финансовый год;

$S_{\text{нп}}$ - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за медицинскую помощь в неотложной форме (оказанную в приёмном покое стационара пациентам, не нуждающимся в госпитализации; оказанную службой неотложной помощи в амбулаторных условиях);

$S_{\text{реаб}}$ - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за медицинскую реабилитацию, включенную в территориальную программу ОМС на соответствующий финансовый год;

$S_{\text{к}}$ - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за колопроктологию, включенную в территориальную программу ОМС на соответствующий финансовый год;

$S_{\text{онко}}$ - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за онкологическую помощь, включенную в территориальную программу ОМС на соответствующий финансовый год;

$S_{\text{сsx}}$ - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за сердечно-сосудистую хирургию, включенную в территориальную программу ОМС на соответствующий финансовый год;

$S_{\text{цдл}}$ - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам за услуги централизованных диагностических лабораторий, включенные в территориальную программу ОМС на соответствующий финансовый год.

Суммы средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам, за все виды диспансеризации и профилактические осмотры отдельных категорий граждан, стоматологическую помощь, дерматологическую помощь, акушерско-гинекологическую помощь, травматологическую помощь, консультативную помощь, услуги компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии, услуги центров здоровья, медицинскую помощь в неотложной форме (оказанную в приёмном покое стационара пациентам, не нуждающимся в госпитализации; оказанную службой неотложной помощи в амбулаторных условиях), медицинскую реабилитацию, колопроктологию, онкологическую помощь, сердечно-сосудистую хирургию, услуги

централизованных диагностических лабораторий на соответствующий финансовый год утверждаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС в Волгоградской области.

1.1.4. Расчет среднего подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц на соответствующий i -й расчетный месяц.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на соответствующий i -й расчетный месяц (ПН АМБ_{БАЗ i}) определяется по формуле:

$$\text{ПН АМБ}_{\text{БАЗ}i} = \text{ПН АМБ}_{\text{БАЗ}} / 12 - (S_{\text{НЗЛ}i} + S_{\text{ПОТ}i}) / Ч_{\text{ЗЛ}}, \text{ где:}$$

$S_{\text{НЗЛ}i}$ - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам, не прикрепившимся ни к одной МО Волгоградской области за i -й расчетный месяц (определяются на основании данных реестров счетов за i -й расчетный месяц);

$S_{\text{ПОТ}i}$ - сумма средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Волгоградской области лицам не по месту прикрепления за i -й расчетный месяц (определяются на основании данных реестров счетов за i -й расчетный месяц).

1.1.5. Расчет дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц

1.1.5.1. Дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для однородных групп медицинских организаций на i -й расчетный месяц определяется ТФОМС в рамках централизованного расчета по формуле:

$$\text{ДПН}_{in} = \text{ПН АМБ}_{\text{БАЗ}i} \times \text{СКД}_{\text{ИНТ}n}, \text{ где:}$$

ДПН_{in} - дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившееся застрахованное население на i -й расчетный месяц для n -й группы медицинских организаций;

$\text{СКД}_{\text{ИНТ}n}$ - средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для n -й группы медицинских организаций.

1.1.5.2. Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива ($\text{КД}_{\text{ИНТ}}$) определяется для каждой медицинской организации по формуле:

$$\text{КД}_{\text{ИНТ}} = \text{КД}_{\text{ПВ}} \times \text{КД}_{\text{ЗП}}, \text{ где:}$$

$\text{КД}_{\text{ПВ}}$ - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

$\text{КД}_{\text{ЗП}}$ - коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения Волгоградской области.

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

Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива ранжируются от максимального до минимального значения и объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой n-й группы медицинских организаций (СКД_{интn}).

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива пересматривается в связи с реорганизацией медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и финансируемых по подушевому нормативу, по мере необходимости. При коррекции учитывается сумма средств, направленных на финансовое обеспечение до момента реорганизации медицинских организаций, а также показатели финансового обеспечения на соответствующий финансовый год по указанным медицинским организациям в соответствии с утвержденными планами финансово-хозяйственной деятельности.

1.1.5.3. Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива.

Среднеобластные коэффициенты половозрастных затрат определяются по каждой половозрастной группе лиц на основании данных о затратах на оплату амбулаторной медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период (год, полугодие, квартал), но не реже одного раза в год, и о численности застрахованных лиц за данный период.

Для этого все лица, застрахованные в Волгоградской области в расчетном периоде, распределяются на следующие восемь половозрастных групп:

Номер группы	Наименование группы
1	ноль - четыре года мужчины
2	ноль - четыре года женщины
3	пять - семнадцать лет мужчины
4	пять - семнадцать лет женщины
5	восемнадцать - пятьдесят девять лет мужчины
6	восемнадцать - пятьдесят четыре года женщины
7	шестьдесят лет и старше мужчины
8	пятьдесят пять лет и старше женщины

Численность каждой группы застрахованных лиц определяется на основании сведений регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц на первое число первого месяца расчетного периода.

Затраты на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по каждой половозрастной группе, определяются на основании данных реестров счетов по амбулаторной помощи за расчетный период.

Для этого определяется норматив затрат на одно застрахованное лицо (Р) в Волгоградской области (без учета возраста и пола) по формуле:

$$P = Z / M / Ч, \text{ где:}$$

З - затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам за расчетный период;

М - количество месяцев в расчетном периоде;

Ч - численность застрахованных лиц на территории Волгоградской области.

Определяются нормативы затрат на одно застрахованное лицо, попадающее в j-ю половозрастную группу (P_j), по формуле:

$$P_j = Z_j / M / \text{Ч}_j, \text{ где:}$$

Z_j - затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в j-ю половозрастную группу за расчетный период;

М - количество месяцев в расчетном периоде;

Ч_j - численность застрахованных лиц Волгоградской области, попадающих в j-ю половозрастную группу.

Рассчитываются среднеобластные коэффициенты половозрастных затрат $K_{пвз_j}$ для каждой половозрастной группы по формуле:

$$K_{пвз_j} = P_j / P$$

Среднеобластные коэффициенты половозрастных затрат утверждаются Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Волгоградской области.

Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива для соответствующей медицинской организации ($K_{ДпвМО}$) рассчитывается по формуле:

$$K_{ДпвМО} = (K_{пвз_1} \times \text{Чзл}_1 + K_{пвз_1} + \text{Чзл}_1 + \dots + K_{пвз_j} \times \text{Чзл}_j) / \text{Чзл}_{ПР}, \text{ где:}$$

$K_{пвз_1}, K_{пвз_2}, \dots, K_{пвз_j}$ - среднеобластные коэффициенты половозрастных затрат по каждой половозрастной группы в соответствии с прикрепившимися к медицинской организации застрахованными лицами;

$\text{Чзл}_1, \text{Чзл}_2, \dots, \text{Чзл}_j$ - численность прикрепившихся к медицинской организации застрахованных лиц по соответствующим половозрастным группам;

$\text{Чзл}_{ПР}$ - общая численность застрахованных лиц, прикрепившихся к данной медицинской организации.

1.1.5.4. Определение коэффициента дифференциации, учитывающего достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения Волгоградской области.

Коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения Волгоградской области ($K_{ДзП}$) используется для увеличения финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и сохранения достигнутого уровня заработной платы медицинских работников.

1.1.6. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинских организаций

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской

организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу учитывается доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

1.1.6.1. Предварительный размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу ($ОС_{ПНi}$) на расчетный i -й месяц определяется по формуле:

$$ОС_{ПНi} = ДПН_{in} \times ЧЗЛ_{ПР}, \text{ где:}$$

$ЧЗЛ_{ПР}$ - общая численность застрахованных лиц, прикрепившихся к данной медицинской организации на i -й расчетный месяц (определяется на основе акта сверки численности на начало i -го расчетного месяца текущего финансового года по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС).

1.1.6.2. В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к фактическому объему средств на амбулаторную медицинскую помощь на i -й расчетный месяц рассчитывается поправочный коэффициент ($ПК_i$) по формуле:

$$ПК_i = (ПН_{АМБ_{БАЗ}} \times ЧЗЛ / 12 - (S_{НЗЛi} + S_{ПОТi})) / \sum ОС_{ПНi}, \text{ где:}$$

$\sum ОС_{ПНi}$ - предварительный размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу на i -й расчетный месяц по всем медицинским организациям.

1.1.6.3. Фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу ($ФОС_{ПНi}$) на i -й расчетный месяц по каждой страховой медицинской организации в рублях с округлением в сторону уменьшения определяется по формуле:

$$ФОС_{ПНi} = ОС_{ПНi} \times ПК_i$$

1.1.7. Расчет финансового результата для медицинской организации, имеющей прикрепившееся население

По результатам работы за месяц ТФОМС в рамках централизованного расчета определяет финансовый результат деятельности МО, имеющей прикрепившееся население.

Финансовый результат определяется в целом по МО с учетом информации по всем страховым медицинским организациям, действующим в сфере ОМС Волгоградской области, и рассчитывается как сальдо между фактическим размером финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу на i -й расчетный месяц, и фактическими расходами на медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам, прикрепившимся к этой МО, по каждой страховой медицинской организации на i -й расчетный месяц по формуле:

$$\Phi P_{MOi} = \Phi OC_{ПНi} - C_{ПЗЛi}, \text{ где:}$$

ΦP_{MOi} - финансовый результат МО, имеющей прикрепившееся население, за i-й расчетный месяц;

$C_{ПЗЛi}$ - стоимость медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам по месту прикрепления, т.е. в этой МО, за i-й расчетный месяц, (определяется на основании данных реестров счетов за i-й расчетный месяц без счетов за диспансеризацию и профилактические осмотры определенных групп населения, стоматологическую помощь, дерматологическую помощь, гинекологическую помощь, травматологическую помощь, консультативную помощь, услуги компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии, услуги центров здоровья, медицинскую помощь в неотложной форме (оказанную в приёмном покое стационара пациентам, не нуждающимся в госпитализации; оказанную службой неотложной помощи в амбулаторных условиях), медицинскую реабилитацию, колопроктологию, онкологическую помощь, сердечно-сосудистую хирургию, услуги централизованных диагностических лабораторий).

1.1.8. Расчет итогового дохода для медицинской организации, имеющей прикрепившееся население

Положительный финансовый результат за i-й расчетный месяц для финансирования медицинской организации, имеющей прикрепившееся население с учетом показателя результативности деятельности медицинской организации $ПР_i$ за месяц, предшествующий расчетному месяцу (определяется на основании Методики оценки результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу на обслуживаемое (прикрепившееся) застрахованное население), образует итоговый доход за i-й расчетный месяц, который рассчитывается по формуле:

$$ИД_{MOi} = \Phi P_{MOi} \times ПР_{i-1}$$

Методика оценки результативности деятельности МО, финансируемых по подушевому нормативу на обслуживаемое (прикрепившееся) застрахованное население, приведена в приложении к настоящему Положению.

Итоговый доход для МО выплачивается страховыми медицинскими организациями, действующими в сфере ОМС Волгоградской области.

В случае возникновения дополнительных расходов на оказание медицинской помощи, превышающих окончательную расчетную сумму средств ОМС для финансирования МО, имеющей прикрепившееся население, формируется отрицательный финансовый результат.

Отрицательный финансовый результат МО переносится на последующие расчетные месяцы в пределах финансового года и учитывается при последующем финансировании по подушевым нормативам, т.е. путем суммирования с финансовым результатом последующих месяцев по названной организации (в пределах финансового года). При этом ТФОМС проводится анализ деятельности МО для рассмотрения на заседании Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Волгоградской области вопросов об изменении объемов медицинской помощи или тарифов МО.

1.2. Оплата амбулаторной медицинской помощи, оказанной МО, не имеющими прикрепившегося населения, а также оказанной лицам, застрахованным за пределами Волгоградской области

2.4 Расходы на медицинскую помощь, оказываемую в реанимационных отделениях медицинских организаций (палатах интенсивной терапии), входят в общий объем предоставляемой медицинской помощи, которая компенсируется по тарифу законченного случая госпитализации, входящего в КСГ.

2.5 Оплата высокотехнологичной медицинской помощи по видам, на которые Правительством РФ установлен норматив финансового обеспечения на единицу объема медицинской помощи, производится по тарифам законченных случаев лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях в разрезе методов ВМП.

3. Медицинская помощь, предоставляемая в условиях дневных стационаров

3.1 Оплата медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров, включая медицинскую реабилитацию, производится по тарифам законченных случаев госпитализации, входящих в клинико-статистическую группу.

3.2 Количество пациенто-дней в дневных стационарах определяется числом фактических дней пребывания в дневном стационаре, при этом дни поступления и выписки считаются за 2 дня. При совпадении даты поступления с датой выписки количество дней считается за 1.

Оплате по тарифу законченного случая лечения подлежат все случаи госпитализации при оказании медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров при стационарной медицинской организации, в условиях дневных стационаров при амбулаторно-поликлинической медицинской организации и стационаров на дому независимо от длительности лечения и причин выбытия из дневного стационара в рамках утвержденных объемов стационарзамещающей медицинской помощи. Для случаев лечения в условиях дневного стационара с длительностью от 1 до 3 дней (для случаев медицинской реабилитации 1 – 6 дней, для случаев специального лечения вирусных гепатитов по КСГ с №№21-24 по МЗ РФ 1 – 20 дней) выделены отдельные подгруппы КСГ, к которым применен управленческий коэффициент. Таким образом, для "коротких" групп предусмотрен тариф в размере 30% от группы с полной длительностью, а для групп с оперативным лечением, являющимся критерием отнесения к КСГ применяется тариф в размере 100%. Исключение составляют КСГ, средняя длительность по которым изначально не выше данных параметров (оплата подобных случаев производится независимо от длительности лечения). Случаи лечения бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение), оплачиваются по отдельным КСГ, дифференцированным по этапам прерывания процедуры.

Оплата проведения хронической заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа производится по отдельно выделенным случаям лечения в течение одного календарного месяца. В случай объединены в среднем 13 процедур гемодиализа и 30 дней перитонеального диализа.

3.3 Все консультации специалистов, оказанные пациентам в дневном стационаре, отдельно не оплачиваются, так как расходы на них уже учтены в тарифах законченных случаев госпитализации.

3.4 При лечении у врачей-специалистов (за исключением профиля дневного стационара) пациента, находящегося в дневном стационаре, формируется счет за амбулаторно-поликлиническую помощь, в котором даты оказания помощи могут пересекаться с дневным стационаром.»

Оплата амбулаторной медицинской помощи, оказанной МО, не имеющими прикрепившегося населения, а также оказанной лицам, застрахованным за пределами Волгоградской области, производится:

по тарифам врачебных посещений (с профилактической целью, с иной целью, при оказании неотложной помощи),

по тарифам посещений фельдшера (акушерки), ведущего самостоятельный прием (с профилактической целью, с иной целью, при оказании неотложной помощи),

по тарифам обращений в связи с заболеваниями к врачам (фельдшерам, акушеркам), в том числе при проведении диспансерного наблюдения в течение месяца пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями или высоким риском их развития,

по тарифам посещений центра здоровья,

по тарифам лечебно-диагностических услуг (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, стоматология).

по тарифам диагностических услуг централизованных диагностических лабораторий (клинико-диагностической, цитологической, пренатального скрининга дородовой диагностики).

2. Стационарная помощь

2.1 Оплата медицинской помощи, предоставляемой в условиях стационаров МО или их соответствующими структурными подразделениями, включая медицинскую реабилитацию, производится по тарифам законченных случаев госпитализации, входящих в клинико-статистическую группу.

Количество фактически оказанных пациенту койко-дней рассчитывается как разность между датой окончания лечения и датой начала лечения. При совпадении даты поступления с датой выписки количество дней считается за 1.

Оплате по тарифу законченного случая госпитализации подлежат все случаи госпитализации при оказании специализированной медицинской помощи независимо от длительности лечения и причин выбытия из стационара в рамках утвержденных объемов стационарной медицинской помощи. Для ряда случаев стационарного лечения длительностью 1 - 3 койко-дня (для случаев медицинской реабилитации 1 – 6 койко-дней) выделены отдельные подгруппы КСГ, к которым применен управленческий коэффициент. Исключением из таких случаев являются случаи, при которых пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая госпитализации к конкретной КСГ. Таким образом, для "коротких" групп предусмотрен тариф в размере 30% от группы с полной длительностью, а для групп с оперативным лечением, являющимся критерием отнесения к КСГ применяется тариф в размере 100%. По случаям, относящимся к КСГ, не имеющим отдельных "коротких" подгрупп, оплата происходит независимо от длительности пребывания и результата обращения за медпомощью. Отдельные сверхкороткие случаи госпитализации, указанные в Инструкции на 2016 год, оплачиваются по полному тарифу независимо от длительности лечения.

2.2 Оплата медицинской помощи, оказанной новорожденному ребенку до момента государственной регистрации рождения, осуществляется по полису матери (законного представителя), так как ОМС детей со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахована мать ребенка или его другой законный представитель.

2.3 Все консультации специалистов, оказанные пациентам в стационаре, отдельно не оплачиваются, так как расходы на них уже учтены в тарифах законченных случаев госпитализации, входящих в клинико-статистическую группу.