

ГЕНЕРАЛЬНОЕ  
ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ  
В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Волгоград

29 марта 2013 г.

Министерство здравоохранения Волгоградской области в лице министра В.В. Шкарина, Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области» в лице директора Т.В.Самариной, Волгоградское региональное отделение общероссийской общественной организации «Российская медицинская ассоциация» в лице председателя Правления В.И.Петрова, Волгоградская областная организация профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя И.В. Ерохиной, страховые медицинские организации в лице: исполнительного директора филиала закрытого акционерного общества "Капитал Медицинское страхование" в г. Волгограде А.В. Никляева, директора Волгоградского филиала открытого акционерного общества "Страховая компания "СОГАЗ-Мед" В.В.Глазова, именуемые в дальнейшем Стороны,

руководствуясь Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказом Минздравсоцразвития РФ от 28 февраля 2011 года № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», в целях обеспечения дальнейшего развития сферы обязательного медицинского страхования в Волгоградской области, заключили Генеральное тарифное соглашение (далее - Соглашение) о нижеследующем.

1. Предмет Соглашения

1.1 Предметом Соглашения является тарифное регулирование оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) Волгоградской области, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Волгоградской области медицинской помощи на соответствующий период, утвержденной законом Волгоградской области, в части территориальной программы ОМС, медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере ОМС Волгоградской области.

1.2. Настоящее Соглашение устанавливает общие принципы и порядок формирования тарифов, формирование затрат в тарифах, порядок и условия применения тарифов, порядок оплаты медицинской помощи, общие требования к формированию счетов и реестров счетов за медицинскую помощь.

1.3. Настоящее Соглашение и тарифы применяются для расчетов за медицинскую помощь, оказываемую в соответствии с территориальной программой ОМС застрахованным на территории Волгоградской области лицам, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями лицам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации, по видам медицинской помощи, установленным базовой программой ОМС.

## 2. Основные термины и определения

2.1. Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

2.2 Тарифы на оплату медицинской помощи - денежные суммы, определяющие уровень возмещения по статьям расходов медицинских организаций по выполнению территориальной программы ОМС, как составной части Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Волгоградской области медицинской помощи.

2.3 Базовый тариф – стоимость единицы оплаты медицинской помощи (койко-дня, законченного случая лечения в круглосуточном и дневном стационарах, посещения, обращения, лечебно-диагностической услуги), определяющая возмещение расходов медицинских организаций, связанных с оказанием медицинской помощи без учета индивидуальных особенностей медицинской организации.

2.4 Поправочный коэффициент – коэффициент, корректирующий стоимость единицы оплаты медицинской помощи, с учетом индивидуальных особенностей медицинской организации, в целях возмещения расходов при оказании медицинской помощи.

2.5 Посещение – это контакт пациента с врачом (кроме врачей параклинических специальностей), средним медицинским персоналом, в амбулаторно-поликлинической организации (подразделении), а также на дому, включающий комплекс необходимых профилактических, лечебно-диагностических услуг с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного (записи динамического наблюдения, постановка диагноза, назначение лечения и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

2.6 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.

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

2.8. Законченный случай лечения в круглосуточном или дневном стационаре – совокупность медицинских услуг (комплекса лечебно-диагностических мероприятий) в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационаре (дневном стационаре, в стационаре на дому) в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи. Законченный случай лечения может быть с достижением клинического результата - выписка, перевод в другую медицинскую организацию или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания, и без достижения клинического результата - смерть пациента.

2.9. Медицинские организации (далее - МО), финансируемые по подушевому нормативу – амбулаторно-поликлинические организации, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, оказывающие в установленном порядке медицинскую помощь за счет средств ОМС в рамках территориальной программы ОМС на соответствующий год, к которым прикрепилась застрахованные лица для получения первичной медико-санитарной помощи.

2.10. Подушевой норматив финансирования – плановая сумма финансовых средств на одно прикрепившееся к МО застрахованное лицо, рассчитанная с учетом различий в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц (населения) в зависимости от пола, возраста и потребности в медицинской помощи, предназначенная для оплаты амбулаторной медицинской помощи прикрепившемуся к МО застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС.

2.11. 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 оказанную медицинскую помощь прикрепившимся к МО застрахованным лицам в данной МО и в иных МО.

### 3. Общие положения

3.1 При реализации территориальной программы ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

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

при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

- за законченный случай лечения пациента на профильной койке;
- койко-день в круглосуточном стационаре;

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за законченный случай лечения пациента в профильном дневном стационаре;

при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

- по подушевому нормативу финансирования;
- за вызов скорой медицинской помощи.

3.2 Расчет тарифов на оплату медицинской помощи производится в соответствии с «Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. N 158н, а также с учетом «Норм времени на приемы врачей по специальностям», являющихся приложением 1 к Соглашению.

3.3 Тарифы на оплату медицинской помощи, действующие на территории Волгоградской области, рассматриваются Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Волгоградской области (далее – Комиссия) и утверждаются в виде «Базовых тарифов на оплату медицинской помощи в сфере ОМС Волгоградской области» соглашением между министерством здравоохранения Волгоградской области, государственным учреждением «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области» (далее - ТФОМС), Волгоградским региональным отделением общероссийской общественной организации «Российская медицинская ассоциация», Волгоградской областной организацией профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации и страховыми медицинскими организациями. Для определения величины тарифов для отдельной медицинской организации применяются поправочные коэффициенты к базовым тарифам (отдельно для стационарной, стационарозамещающей, амбулаторной и скорой помощи). Поправочные коэффициенты для медицинских организаций также утверждаются соглашением.

3.4 Базовые тарифы подразделяются на взрослые и детские. Детские тарифы применяются при оказании медицинской помощи детям, не достигшим 18-ти лет на дату начала лечения, взрослые тарифы применяются при оказании медицинской помощи пациентам, достигшим 18 лет на дату начала лечения.

3.5 Для всех условий оказания медицинской помощи действующие тарифы определяются на дату окончания лечения.

3.6 Положение о порядке оплаты медицинской помощи в сфере ОМС Волгоградской области устанавливает общий порядок оплаты страховыми медицинскими организациями



медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, проживающим на территории Волгоградской области, а также порядок оплаты ТФОМС медицинской помощи лицам за пределами территории страхования, медицинскими организациями Волгоградской области, осуществляющими деятельность в сфере ОМС в рамках территориальной программы ОМС (приложение 2 к Соглашению).

3.7 Порядок формирования счетов и реестров счетов для оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области регламентирует формирование и выставление счетов и реестров счетов медицинскими организациями в страховые медицинские организации и ТФОМС (приложение 4 к Соглашению).

#### 4. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

##### 4.1 Тарифы на оплату медицинской помощи, предоставляемой в условиях круглосуточных стационаров медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями

4.1.1 За единицу оплаты медицинской помощи, предоставляемой в условиях круглосуточных стационаров медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями, приняты койко-день, законченный случай лечения пациента на профильной койке, законченный случай лечения пациента на профильной койке с выполнением дорогостоящих исследований (ангиографии, коронарографии, шунтографии).

Базовые тарифы на койко-дни и на законченные случаи лечения дифференцируются по профилям коек, а также по уровням оказания медицинской помощи.

4.1.2 Тарифы на профильные койко-дни, тарифы законченных случаев лечения пациента на профильной койке включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами оказания медицинской помощи при лечении основного заболевания и сопутствующего, влияющего на течение основного и/или требующего постоянной поддерживающей терапии (расходы профильного отделения, приемного отделения, консультации специалистов, в том числе и из других медицинских организаций, оперативные пособия, в том числе выполненные лапароскопическими и (или) эндоскопическими методами, гемодиализ и гемодиализация, все виды анестезии, включая наркоз, реанимацию и интенсивную терапию, лабораторные, рентгенологические исследования, компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, другие лечебно-диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение и лечебный массаж, лечебную физкультуру, рефлексотерапию, услуги логопедов и т.д.).

4.1.3 Тарифы законченных случаев лечения пациента на профильной койке с выполнением дорогостоящих исследований (ангиографии, коронарографии, шунтографии) включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами оказания медицинской помощи при лечении основного заболевания и сопутствующего, влияющего на течение основного и/или требующего постоянной поддерживающей терапии (расходы профильного отделения, приемного отделения, консультации специалистов, в том числе и из других медицинских организаций, оперативные пособия, в том числе выполненные лапароскопическими и (или) эндоскопическими методами, все виды анестезии, включая наркоз, реанимацию и интенсивную терапию, лабораторные, рентгенологические исследования, компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию, ангиографию, коронарографию, шунтографию, другие лечебно-диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение и лечебный массаж, лечебную физкультуру, рефлексотерапию, услуги логопедов и т.д.).

4.1.4 Тарифы для детей на профильные койко-дни, законченные случаи лечения пациента на профильной койке, законченные случаи лечения пациента на профильной койке с выполнением дорогостоящих исследований (ангиографии, коронарографии, шунтографии)



включают расходы, связанные с пребыванием матери или другого лица, осуществляющего уход за ребенком.

#### 4.2 Тарифы на оплату медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров

4.2.1 За единицу оплаты медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров при стационарной медицинской организации, в условиях дневных стационаров при амбулаторно-поликлинической медицинской организации и стационаров на дому, принят законченный случай лечения пациента в профильном дневном стационаре.

4.2.2 Тарифы на законченные случаи лечения пациента в профильном дневном стационаре (за исключением стационара на дому) включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами оказания медицинской помощи при лечении основного заболевания и сопутствующего, влияющего на течение основного и/или требующего постоянной поддерживающей терапии (расходы профильного дневного стационара, консультации специалистов, оперативные пособия, в том числе выполненные малоинвазивными и эндоскопическими методами, все виды анестезии, включая наркоз, лабораторные, рентгенологические исследования (за исключением компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии), другие лечебно-диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение и лечебный массаж, лечебную физкультуру, рефлексотерапию, услуги логопедов и т.д.).

4.2.3 Тариф законченного случая экстракорпорального оплодотворения в условиях дневного стационара включает в себя расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме медицинских услуг в соответствии с утвержденным стандартом оказания медицинской помощи больным, нуждающимся в экстракорпоральном оплодотворении, культивировании и внутриматочном введении эмбриона при бесплодии трубного происхождения, а также с учетом выбранного в зависимости от клинической ситуации протокола стимуляции овуляции.

4.2.4 Тарифы законченных случаев лечения пациента в стационаре на дому включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами оказания медицинской помощи при лечении основного заболевания и сопутствующего, влияющего на течение основного и/или требующего постоянной поддерживающей терапии (расходы врача – терапевта, педиатра, врача общей практики, участковой медицинской сестры, а также затраты на лечебные манипуляции и процедуры по показаниям, медикаментозную терапию, в том числе с использованием парентеральных путей введения, и обеспечение изделиями медицинского назначения).

4.2.5 Тарифы законченных случаев лечения пациента в стационаре на дому при проведении перитонеального диализа включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами оказания медицинской помощи при лечении основного заболевания (расходы врача нефролога (уролога), медицинской сестры, а также затраты на обеспечение изделиями медицинского назначения).

#### 4.3 Тарифы на оплату медицинской помощи, в том числе неотложной, предоставляемой в амбулаторных условиях амбулаторно-поликлиническими организациями и другими медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями

4.3.1 За единицу оплаты медицинской помощи, в том числе неотложной, предоставляемой в амбулаторных условиях приняты:

- врачебные посещения (с профилактической целью, при оказании неотложной помощи),
- посещения фельдшера (акушерки), ведущего самостоятельный прием (с

профилактической целью, при оказании неотложной помощи),

- обращение в связи с заболеванием (законченный случай),
- законченный случай проведения диспансеризации определенных групп населения,
- посещения центра здоровья,
- лечебно-диагностические услуги (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, гемодиализ, ангиография, стоматологические),
- подушевой норматив финансирования.

В случаях оказания медицинской помощи в приемном отделении и лечебных отделениях стационара больницы, не требующих госпитализации и наблюдения за состоянием здоровья пациентов (до 6 часов, после проведенных лечебно-диагностических мероприятий), единицей оплаты является посещение при оказании неотложной помощи.

4.3.2 К посещениям с профилактической целью следует относить:

- посещения по поводу осмотров при поступлении на учебу, в дошкольные учреждения, при направлении в учреждения отдыха; осмотров контингентов, подлежащих периодическим медицинским осмотрам; осмотров населения при проведении диспансеризации, осмотров при решении вопроса о проведении профилактических прививок и т.д.;

- посещения беременных при нормальной беременности, посещения женщин, обратившихся за направлением на аборт, по поводу аборт, проводимых в поликлинике, применения противозачаточных средств, после абортов без осложнений, проведенных в стационаре, и т.д.;

- патронажные посещения здоровых детей первого года жизни;

- посещения, сделанные диспансерным контингентом в период ремиссии;

- посещения в связи с оформлением санаторно-курортной карты, оформлением направлений на медико-социальную экспертизу;

- консультации в связи с заболеванием (травмы или иного состояния);

- разовые посещения в связи с заболеванием (травмы или иного состояния);

Если врач (фельдшер, акушерка, ведущие самостоятельный прием) при проведении профилактического осмотра только заподозрил заболевание, но диагноза не поставил, и направил пациента к соответствующему специалисту для установления диагноза, это посещение у специалиста, проводившего осмотр, должно быть учтено, как посещение с профилактической целью.

4.3.3 Посещение при оказании неотложной помощи - оказание первичной доврачебной, первичной медико-санитарной врачебной и специализированной врачебной медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях (в том числе травмах, отравлениях), обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни пациента и не требующих оказания экстренной медицинской помощи.

4.3.4 Тарифы на врачебные посещения дифференцируются по врачебным специальностям, по видам (с профилактической целью, при оказании неотложной помощи).

4.3.5 Посещения к одному и тому же врачу-специалисту (среднему медицинскому работнику), выполненные пациентом в течение дня, учитываются как одно посещение.

4.3.6 Медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью (посещение центра здоровья, в связи с диспансеризацией определенных групп населения, диспансерным наблюдением, профилактическим медицинским осмотром, консультация и т.п.), посещений при оказании неотложной помощи и обращений в связи с заболеваниями.

4.3.7 Консультации врача (консультативные врачебные приемы) по врачебным специальностям применяются медицинскими организациями, имеющими в своем составе консультативные (консультативно-диагностические) подразделения и учитываются как посещения с профилактической целью.

4.3.8 Тарифы на посещения с профилактической целью

включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем диагностические и профилактические мероприятия, в том числе лечебную иммунопрофилактику, в соответствии с утвержденными стандартами оказания медицинской

помощи (лабораторные, рентгенологические исследования (за исключением компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии), другие лечебно-диагностические исследования).

#### 4.3.9 Тарифы на профильные посещения при оказании неотложной помощи

включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами оказания неотложной медицинской помощи при заболеваниях и состояниях, травмах (расходы соответствующего кабинета, оперативные пособия, все виды анестезии, лабораторные, рентгенологические исследования (за исключением компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии), другие лечебно-диагностические исследования) и т.д.

4.3.10 Тарифы на посещения фельдшера (акушерки) дифференцируются по видам (с профилактической целью, при оказании неотложной помощи).

Тарифы на посещения фельдшера (акушерки) включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс (расходы организации, манипуляции, лабораторные, рентгенологические исследования (за исключением компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии), другие лечебно-диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение и т.д.).

Включению в реестр счетов для оплаты из средств ОМС подлежат только посещения к среднему медицинскому персоналу (фельдшеру или акушерке), ведущему самостоятельный прием.

К таким посещениям относятся:

- посещения к фельдшеру (акушерке) фельдшерско-акушерского пункта,
- посещения к фельдшеру (акушерке) фельдшерского здравпункта, расположенного в сельской (отдаленной или труднодоступной) местности,
- посещения к фельдшеру (акушерке) врачебной амбулатории, участковой больницы, ЦРБ (при возложении на фельдшера (акушерку) отдельных функций лечащего врача, подтвержденного приказом по медицинской организации),
- посещения к акушерке фельдшерско-акушерского пункта, врачебной амбулатории, участковой больницы беременных, родильниц, гинекологических больных, детей первого года жизни.

#### 4.3.11 Для центров здоровья единицей оплаты является посещение:

а) впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования – первичное посещение центра здоровья для проведения первичного комплексного обследования;

б) обратившихся граждан для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья, направленным медицинской организацией по месту прикрепления; направленным медицинскими работниками образовательных учреждений; направленным врачом, ответственным за проведение диспансеризации определенных групп населения из I (практически здоров) и II (риск развития заболеваний) групп состояния здоровья (далее - I и II группы состояния здоровья); направленным работодателем по заключению врача, ответственного за проведение углубленных медицинских осмотров с I и II группами состояния здоровья – посещение центра здоровья для динамического наблюдения (дополнительного обследования).

Посещение врача центра здоровья для проведения первичного комплексного обследования включает: измерение роста и веса, тестирование на аппаратно-программном комплексе для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма, скрининг сердца компьютеризированный (экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей), ангиологический скрининг с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчета плече-лодыжечного индекса, экспресс-анализ для определения общего холестерина и глюкозы в крови, комплексную детальную оценку функций дыхательной системы (спирометр компьютеризированный).



Посещение врача центра здоровья для динамического наблюдения (дополнительного обследования) включает: осмотр врача центра здоровья с рекомендациями по двигательному режиму, питанию, здоровому образу жизни, обследование на одном из аппаратов центров здоровья с целью выявления дополнительных факторов риска или динамического наблюдения.

Тарифы на приемы врача центра здоровья включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС.

4.3.12 Обращение в связи с заболеванием включает: первичное и повторные посещения, выполненные медицинскими работниками одной специальности по одному поводу обращения, лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

В одно обращение в связи с заболеванием не могут включаться посещения к специалистам с высшим и средним медицинским образованием.

К обращениям в связи с заболеванием (травмой или иным состоянием) следует относить также совокупность посещений по поводу патологии беременности, аборт, начатых и начавшихся вне медицинской организации, направлений на аборт по медицинским показаниям, а также посещения после произведенного искусственного аборта в случае осложнения, посещения по поводу аномалий рефракции и аккомодации (кроме обращений по поводу пресбиопии лиц в возрасте 40 лет и старше), аномалий речи, голоса и слуха.

В рамках каждого обращения в связи с заболеванием (травмой или иным состоянием) медицинские организации в обязательном порядке ведут учет фактически выполненных посещений.

Учет обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента» по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 255.

Тарифы на обращение к врачам в связи с заболеванием (законченный случай) в амбулаторных условиях дифференцируются по врачебным специальностям.

Тарифы на профильные обращения в связи с заболеванием включают расходы на несколько врачебных приемов (приемов среднего медицинского работника), возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами оказания медицинской помощи при лечении основного заболевания (расходы соответствующего кабинета, оперативные пособия, в том числе выполненные малоинвазивными и эндоскопическими методами, все виды анестезии, лабораторные, рентгенологические исследования (за исключением компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии, гемодиализа, ангиографии), другие лечебно-диагностические исследования, услуги логопедов, физиотерапевтическое лечение и лечебный массаж, рефлексотерапию, лечебную физкультуру (при отсутствии в штатном расписании медицинской организации врача-физиотерапевта, рефлексотерапевта, врача по лечебной физкультуре) и т.д.).

Тарифы обращений врача физиотерапевта, врача по лечебной физкультуре, рефлексотерапии включают расходы на проведение физиотерапевтических, рефлексотерапевтических процедур, массажа и т.д.

4.3.13 Тарифы на законченный случай диспансеризации определенных групп населения включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем клинικο-диагностический процесс.

4.3.14 Тарифы на консультации врача дифференцируются по врачебным специальностям и применяются медицинскими организациями, имеющими в своем составе консультативные (консультативно-диагностические) подразделения.

Тарифы на профильные консультации врача включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс (расходы соответствующего кабинета, лабораторные, рентгенологические исследования (за исключением компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии, гемодиализа, ангиографии), другие лечебно-диагностические исследования и т.д.).

4.3.15 Случаи выполнения компьютерной и магнитно-резонансной томографии, гемодиализа, ангиографии, проведенной амбулаторным пациентам (в том числе застрахованным за пределами Волгоградской области), учитываются отдельно от амбулаторных посещений и в счет выставляются отдельными случаями.

Тарифы на компьютерную и магнитно-резонансную томографию, гемодиализ, ангиографию включают в себя расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем диагностический процесс (расходы соответствующего кабинета, все виды анестезии и т.п.).

4.3.16 За единицу оплаты стоматологической помощи принята лечебно-диагностическая услуга.

Тарифы на стоматологическую помощь дифференцируются по видам услуг, рассчитанных на основе условных единиц трудоемкости.

Тарифы на стоматологические услуги включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами оказания медицинской помощи при лечении основного заболевания (расходы соответствующего кабинета, оперативные пособия, все виды анестезии, включая наркоз, рентгенологические исследования, другие лечебно-диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение и лечебный массаж, и т.д.).

#### 4.4 Тарифы на оплату скорой медицинской помощи

4.4.1 За единицу оплаты скорой медицинской помощи приняты: вызов, выполненный врачебной или фельдшерской бригадой, и тарифы на основе подушевого норматива финансирования.

4.4.2 Тарифы на вызовы включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами оказания скорой медицинской помощи.

4.4.3 Тариф на основе подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи включает в себя финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность службы скорой медицинской помощи с учетом оплаты необходимых для функционирования услуг сторонних организаций.

#### 5. Структура тарифов на оплату медицинской помощи

5.1 Состав и структура тарифов на оплату медицинской помощи в сфере ОМС Волгоградской области определяются Федеральным законом от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", постановлением Правительства Российской Федерации о программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на текущий год и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Волгоградской области медицинской помощи, утверждаемой ежегодно Волгоградской областной Думой.

В тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС включаются расходы медицинских организаций на выполнение территориальной программы ОМС согласно приложению 5 к настоящему соглашению.

5.2 Расходы на заработную плату производятся исходя из размеров и условий оплаты труда, установленных в соответствии с региональными нормативными документами, регулирующими вопросы оплаты труда.

5.2.1 Заработная плата работников медицинских организаций состоит из трех частей: базовой, выплат компенсационного характера и стимулирующих выплат.

К выплатам стимулирующего характера также относятся:

выплаты за участие в диспансеризации определенных групп населения;

выплаты врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей), производимые до 2013 года в рамках реализации национального проекта «Здоровье»;

расходы на денежные выплаты медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи, производимые до 2013 года в рамках реализации национального проекта «Здоровье»;

выплаты работникам медицинских организаций, которые ранее осуществлялись в рамках реализации программы модернизации здравоохранения Волгоградской области.

5.2.2 При расчете фонда оплаты труда учитывается только та часть штатных должностей, которая необходима для реализации объемов медицинской помощи, установленных медицинской организации в сфере ОМС.

В случае оказания медицинской организацией медицинской помощи, финансирование которой осуществляется из различных источников, в том числе за счет бюджетных ассигнований областного бюджета и средств бюджета территориального фонда ОМС, расходы на оплату труда прочего немедицинского персонала, не участвующего непосредственно в процессе оказания медицинской помощи по ОМС, но необходимого для обеспечения деятельности медицинской организации включаются в состав расходов на оплату труда пропорционально доле медицинской помощи по ОМС в общем объеме оказываемых в медицинской организации услуг.

При формировании расходов на оплату труда работников медицинских организаций не учитываются расходы на оплату труда штатных единиц, не предусмотренных нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Дополнительные выплаты к заработной плате работников медицинских организаций, принятые нормативно-правовыми актами Волгоградской области и не предусмотренные утвержденной системой оплаты труда, могут подлежать компенсации за счет средств ОМС только при условии увеличения доходной части бюджета ТФОМС и внесения соответствующих изменений в закон Волгоградской области о бюджете ТФОМС.

5.2.3 Для федеральных и ведомственных медицинских организаций, выполняющих территориальную программу ОМС, расходы на оплату труда определяются в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации и нормативными правовыми актами соответствующих министерств и ведомств.

5.3 За счет средств ОМС не оплачивается медицинская помощь, оказанная медицинскими организациями по видам медицинской помощи, которые в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Волгоградской области медицинской помощи на текущий год, утвержденной в установленном порядке, финансируется за счет бюджетных ассигнований областного бюджета и других источников.

За счет средств ОМС не финансируются (не оплачиваются) мероприятия, финансирование которых предусмотрено в рамках реализации целевых программ за счет иных источников.

5.4 За счет средств ОМС финансируются расходы на текущий ремонт.

5.5 Кредиторская задолженность, сформировавшаяся при осуществлении хозяйственных расходов до перевода медицинской организации на преимущественно одноканальное финансирование в системе ОМС, не подлежит погашению за счет средств, поступивших в медицинскую организацию через структуру тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС, за исключением текущей кредиторской задолженности по услугам транспорта, связи, коммунальным услугам, составляющей не более одного месяца с даты перехода медицинской организацией на одноканальное финансирование.

Медицинские организации осуществляют финансирование расходов, предусмотренных настоящим Соглашением, в соответствии с утвержденным в установленном порядке планом финансово-хозяйственной деятельности в пределах объемов финансовых поступлений по ОМС.

5.6 Тарифы на оплату медицинской помощи в сфере ОМС включают затраты на



лекарственные препараты, медицинские изделия и расходные материалы согласно утвержденным стандартам медицинской помощи и Перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий и расходных материалов для медицинского применения при оказании первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, стоматологической медицинской помощи, в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Волгоградской области медицинской помощи (далее – перечень ЖНВЛП).

в структуре тарифов стационара круглосуточного пребывания и стационарозамещающей помощи - лекарственные препараты, медицинские изделия и расходные материалы, необходимые для оказания медицинской помощи в круглосуточных стационарах и дневных стационарах всех типов, согласно перечню ЖНВЛП;

в структуре амбулаторных тарифов - лекарственные препараты, медицинские изделия и расходные материалы, необходимые для оказания неотложной медицинской помощи в амбулаторных условиях и для обеспечения деятельности лечебно-диагностических кабинетов, согласно перечню ЖНВЛП;

в структуре тарифов по скорой медицинской помощи – лекарственные препараты, медицинские изделия и расходные материалы, необходимые для оказания скорой медицинской помощи, согласно перечню ЖНВЛП;

в структуре тарифов на стоматологические услуги - лекарственные препараты, медицинские изделия и расходные материалы, необходимые для оказания неотложной медицинской помощи в амбулаторных условиях и пломбировочные материалы, лекарственные препараты, медицинские изделия и расходные материалы, необходимые для оказания стоматологической медицинской помощи, согласно перечню ЖНВЛП.

5.7 Затраты на питание включены в тарифы круглосуточного стационара.

5.8 Уровень возмещения по статьям расходов (величина тарифа) медицинских организаций при выполнении территориальной программы ОМС определяется объемом средств, предназначенных законом о бюджете ТФОМС на оплату медицинской помощи по территориальной программе ОМС.

## 6. Порядок изменения тарифов на оплату медицинской помощи в сфере ОМС Волгоградской области

6.1 Все изменения, вносимые в тарифы на оплату медицинской помощи в сфере ОМС Волгоградской области, подлежат рассмотрению на заседании Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Волгоградской области (далее – Комиссия).

6.2 В случае принятия Комиссией решения об изменении базовых тарифов или об изменении поправочных коэффициентов медицинских организаций к базовым тарифам в сфере ОМС Волгоградской области оформляется соглашение между министерством здравоохранения Волгоградской области, государственным учреждением «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области», Волгоградским региональным отделением общероссийской общественной организации «Российская медицинская ассоциация», Волгоградской областной организацией профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации и страховыми медицинскими организациями.

6.3 Соглашения о базовых тарифах и поправочных коэффициентах к базовым тарифам медицинских организаций доводятся до сведения медицинских организаций и страховых медицинских организаций.

6.4 Изменения тарифов могут производиться как в сторону их увеличения, так и в сторону уменьшения, в зависимости от поступления средств в бюджет ТФОМС.

## 7. Заключительные положения

7.1 Настоящее Соглашение вступает в действие с момента его подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 01 января 2013 года.

7.2 Генеральное тарифное соглашение от 13 марта 2009 года со всеми последующими изменениями и дополнениями считать утратившим силу с момента подписания настоящего Соглашения.

Приложения:

1. «Нормы времени на приемы врачей по специальностям»;
2. «Положение о порядке оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области»;
3. «Расходы медицинских организаций, входящие в состав тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;
4. «Порядок формирования счетов и реестров счетов для оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области».

Министерство здравоохранения  
Волгоградской области

В.В. Шкарин

Волгоградское региональное отделение  
общероссийской общественной организации  
«Российская медицинская ассоциация»

В.И. Петров

Филиал закрытого акционерного общества  
"Капитал Медицинское страхование" в  
г.Волгограде

А.В. Никляев

Государственное учреждение  
«Территориальный фонд  
обязательного медицинского страхования  
Волгоградской области»

Т.В. Самарина

Волгоградская областная организация  
профессионального союза работников  
здравоохранения Российской Федерации

И.В. Ерохина

Страховые медицинские организации

Волгоградский филиал открытого  
акционерного общества "Страховая  
компания "СОГАЗ-Мед"

В.В. Глазов

## Нормы времени на приемы врачей по специальностям

### 1. В медицинских организациях (подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Разработаны с учетом действующих нормативных документов федерального и регионального уровней.

Посещения при оказании неотложной помощи, обращения в связи с заболеванием

Врачебные специальности	Время в минутах на 1 прием		Количество приемов в час	
	Взрослые	Дети	Взрослые	Дети
Врачебный прием терапевтический	17,7	17,7	3,4	3,4
Врачебный прием пульмонологический	20	20	3	3
Врачебный прием дерматологический	10,2	11,7	5,9	5,1
Врачебный прием ревматологический	20	20	3	3
Врачебный прием урологический	17,2	17,2	3,5	3,5
Врачебный прием акушера-гинеколога	15,9	15,9	3,8	3,8
Врачебный прием отоларингологический	13,2	13,4	4,5	4,5
Врачебный прием аллерголога-иммунолога	19	20	3,2	3
Врачебный прием хирургический	10,5	10,5	5,7	5,7
Врачебный прием кардиологический	20	20	3	3
Врачебный прием онкологический	20	20	3	3
Врачебный прием рефлексотерапевтический	20	20	3	3
Врачебный прием эндокринологический	12	20	5	3
Врачебный прием травматолога-ортопеда	11	12,8	5,5	4,7
Врачебный прием офтальмологический	11,6	12,5	5,2	4,8
Врачебный прием неврологический	14,7	21,7	4,1	2,8
Врачебный прием гастроэнтерологический	18,3	18,3	3,3	3,3
Врачебный прием педиатрический	-	15,5	-	3,9
Врачебный прием физиотерапевтический	12	12	5	5
Прием врача по лечебной физкультуре	20	20	3	3
Врачебный прием инфекционный	14,6	14,6	4,1	4,1
Врачебный прием нейрохирурга	10,5	10,5	5,7	5,7
Врачебный прием колопроктолога	10,5	10,5	5,7	5,7
Врачебный прием сердечно-сосудистого хирурга	10,5	10,5	5,7	5,7
Посещение врачом на дому	40	40	1,5	1,5
Прием врача общей практики	30	30	2	2
Вызов врача общей практики на дом	40	40	1,5	1,5



### Посещения с профилактической целью

Врачебные специальности	Время в минутах на 1 прием		Количество приемов в час	
	Взрослые	Дети	Взрослые	Дети
Врачебный прием терапевтический	11,1		5,4	
Врачебный прием дерматологический	7,1	6,8	8,5	8,8
Врачебный прием урологический	5,2	6,8	11,5	8,8
Врачебный прием акушера-гинеколога	10,8	10,8	5,6	5,6
Врачебный прием хирургический	5,2	6,8	11,5	8,8
Врачебный прием эндокринологический	11,1	10	5,4	6
Врачебный прием офтальмологический	6	8	10	7,5
Врачебный прием неврологический	10,4	11,1	5,8	5,4
Врачебный прием педиатрический		11,1		5,4
Врачебный прием отоларингологический	7,8	7,8	7,7	7,7
Врачебный прием травматолога-ортопеда		6,8		8,8
Врачебный прием инфекционный	13	13	4,6	4,6
Прием врача Центра здоровья для проведения первичного комплексного обследования	43	43	1,4	1,4
Прием врача Центра здоровья для динамического наблюдения (дополнительного обследования)	16	16	3,8	3,8

### Консультативные приемы

Консультативный прием сурдолога	25	40	2,4	1,5
Консультативный прием кардиолога	30	30	2	2
Консультативный прием ревматолога	27	27	2,2	2,2
Консультативный прием гастроэнтеролога	19,3	19,3	3,1	3,1
Консультативный прием пульмонолога	20	20	3	3
Консультативный прием эндокринолога	24,3	30	2,5	2
Консультативный прием нефролога	21,1	23,4	2,8	2,6
Консультативный прием гематолога	24,5	24,5	2,4	2,4
Консультативный прием аллерголога-иммунолога	24,8	27	2,4	2,2
Консультативный прием инфекциониста	15,6	15,6	3,8	3,8
Консультативный прием травматолога-ортопеда	16,9	18,4	3,6	3,3
Консультативный прием уролога	21,1	23,4	2,8	2,6
Консультативный прием нейрохирурга	26,3	26,3	2,3	2,3
Консультативный прием сердечно-сосудистого хирурга	20	20	3	3
Консультативный прием хирурга	15	15	4	4
Консультативный прием врача-колопроктолога	21,1	23,4	2,8	2,6
Консультативный прием онколога	20	24,5	3	2,4
Консультативный прием акушера-гинеколога	21,4	30	2,8	2
Консультативный прием отоларинголога	18,5	13,2	3,2	4,5
Консультативный прием офтальмолога	19,7	22,4	3	2,7
Консультативный прием офтальмолога глаукомного кабинета	30	-	2	-
Консультативный прием невролога	25	23,4	2,4	2,6
Консультативный прием дерматолога	13,8	16	4,3	3,8
Консультативный прием педиатра	-	20	-	3

2. В медицинских организациях (подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного и круглосуточного стационара

При формировании штатов медицинских организаций используются нормативы нагрузки на врачей и средний медицинский персонал, утвержденные действующими приказами МЗ СССР, Минздравмедпрома СССР, Минздравмедпрома России, МЗ РСФСР, Минздравсоцразвития РФ, Министерства здравоохранения РФ, Министерства здравоохранения Волгоградской области.





Положение о порядке оплаты медицинской помощи в сфере обязательного  
медицинского страхования Волгоградской области

Оплата медицинской помощи лицам, застрахованным в Волгоградской области, оказанной МО, включенными в реестр МО, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Волгоградской области, осуществляется в рамках объемов, утвержденных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС в Волгоградской области. Оплата медицинской помощи производится страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере ОМС Волгоградской области, с учетом проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Оплата медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Волгоградской области, оказанной МО, включенными в реестр МО, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Волгоградской области, осуществляется за фактические оказанные объемы. Оплата медицинской помощи производится государственным учреждением «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области» с учетом проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158н, и договором, заключенным между ТФОМС и медицинской организацией.

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 на прикрепленных лиц, застрахованных в Волгоградской области, с учетом показателей результативности деятельности МО, в том числе с включением расходов за медицинскую помощь, оказываемую в иных МО.

1.1.1 Общие положения

Способ оплаты амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу на прикрепленных лиц, застрахованных в Волгоградской области, используется в МО, имеющих прикрепленное население, перечень которых утверждается приказом ТФОМС.

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

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

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

- по тарифам обращений в связи с заболеваниями к врачам (фельдшерам, акушеркам),

- по тарифам за законченный случай проведения диспансеризации определенных групп населения,

- по тарифам посещений центра здоровья,

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

Оплата за амбулаторную медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам по месту прикрепления, осуществляется страховыми медицинскими организациями за выполненное посещение, обращение или услугу, стоимость которых включает приём специалиста, врачебную манипуляцию и назначенные им обследования. Оплата за диагностические исследования, за исключением компьютерной и магнитно-резонансной томографии, осуществляемые по направлению МО в других МО, производится в виде взаиморасчетов между этими МО без выставления счетов в страховые медицинские организации.

Подушевой норматив 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.

Кроме того, подушевой норматив включает в себя финансовые средства на оплату амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной прикрепленным застрахованным лицам в иных МО.

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 на амбулаторно-поликлиническом этапе врачами участковыми терапевтами, участковыми педиатрами, врачами общей практики неприкрепленному к данной медицинской организации населению по экстренным показаниям, осуществляется страховыми медицинскими организациями за выполненные посещения с неотложной целью, при необходимости повторных посещений - посещения с профилактической целью по действующим тарифам. При проведении диспансеризации неприкрепленному к данной медицинской организации населению оплата осуществляется страховыми медицинскими организациями за выполненные посещения с профилактической целью по действующим тарифам.

При расчете объемов финансирования МО по подушевому нормативу на прикрепленное население, расчеты с другими МО за амбулаторную медицинскую помощь, оказанную прикрепленным застрахованным лицам в этих МО, учитываются централизованно.

Централизованный расчет производится ТФОМС по каждой МО, имеющей прикрепленное население.

ТФОМС ведет учет стоимости всех амбулаторных медицинских услуг, оказанных другими МО пациентам, прикрепленным к этой МО. Расчеты,

производимые ТФОМС для финансирования МО, имеющих прикрепленное застрахованное население, и информация о медицинской помощи, оказанной прикрепленным застрахованным лицам, предоставляются ТФОМС в МО.

Расчеты за медицинскую помощь, оказанную прикрепленным застрахованным лицам другими МО 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 двусторонним договорам и оплачиваемым в рамках взаиморасчетов между МО.

#### 1.1.2 Расчет среднеобластного подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи

Расчет подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи по каждой половозрастной группе застрахованных лиц, прикрепленных к МО, на *i*-ый расчетный месяц производится по формуле:

$$\text{АПН}_{\text{мо}_i} = \text{АПН}_{\text{тпомс}_i} * \text{К}_{\text{нпап}} * \text{К}_{\text{пвз}}, \text{ где:}$$

АПН  $\text{тпомс}_i$  - среднеобластной подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи согласно территориальной программе ОМС на соответствующий *i*-ый расчетный месяц;

К  $\text{нпап}$  - коэффициент нормативного потребления амбулаторной медицинской помощи по МО Волгоградской области, имеющим прикрепленное население;

К  $\text{пвз}$  - среднеобластной коэффициент половозрастных затрат.

Для определения АПН  $\text{тпомс}_i$  предварительно вычисляется среднеобластной подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи согласно территориальной программе ОМС на текущий финансовый год, по формуле:

$$\text{АПН}_{\text{тпомс}} = S_{\text{ап}} / Ч_{\text{зл}}, \text{ где:}$$

$S_{\text{ап}}$  - сумма средств ОМС для оплаты амбулаторной медицинской помощи, оказанной МО, на соответствующий финансовый год (определяется как расчетная сумма средств на финансирование амбулаторной медицинской помощи по федеральным нормативам, применяемым при расчете стоимости территориальной программы ОМС);

$Ч_{\text{зл}}$  - численность застрахованных в Волгоградской области лиц (определяется на основании регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц в соответствии с численностью застрахованных лиц, учитываемой при расчете территориальной программы ОМС на соответствующий финансовый год по состоянию на первое апреля предшествующего года).

Среднеобластной подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи согласно территориальной программе ОМС на соответствующий расчетный *i*-й месяц определяется по формуле:

$$\text{АПН}_{\text{тпомс}_i} = \text{АПН}_{\text{тпомс}} / 12 - (P_{\text{нзл}_i} + S_{\text{нсз}_i}) / Ч_{\text{зл}}, \text{ где:}$$

$P_{\text{нзл}_i}$  - расходы на амбулаторную медицинскую помощь для застрахованных лиц, не прикрепленных ни к одной МО Волгоградской области, за *i*-й расчетный месяц (определяются на основании данных реестров счетов за *i*-й расчетный месяц);

$S_{нзi}$  – сумма средств (в части относящейся к амбулаторной медицинской помощи), направленных на формирование нормированного страхового запаса ТФОМС в расчетном  $i$ -м месяце.

### 1.1.3 Расчет коэффициентов нормативного потребления и половозрастных затрат

Коэффициент нормативного потребления амбулаторной медицинской помощи по МО Волгоградской области, имеющим прикрепленное население, ежегодно рассчитывается ТФОМС для каждой МО как отношение объема посещений, утвержденного Комиссией, к нормативному показателю, утвержденному территориальной программой ОМС по состоянию на первое апреля предшествующего года по формуле:

$$K_{нп\alpha} = \min(\max(V_{мо} / V_{\alpha\pi}, 1), 2)$$

$V_{мо}$  – годовой объем амбулаторной медицинской помощи для МО, утвержденный Комиссией;

$V_{\alpha\pi}$  – нормативный объем амбулаторной медицинской помощи для МО в соответствии с территориальной программой ОМС (рассчитывается как произведение численности застрахованных лиц, прикрепленных к данной МО и учтенной при формировании территориальной программы ОМС и норматива объемов амбулаторной помощи, установленный территориальной программой ОМС на соответствующий финансовый год).

В целях выравнивания условий финансового обеспечения деятельности МО в сфере ОМС по оказанию амбулаторной медицинской помощи застрахованным лицам значение коэффициента  $K_{нп\alpha}$  по МО Волгоградской области, имеющим прикрепленное население, должно находиться в диапазоне от 1 до 2, поэтому если расчетное значение  $V_{мо} / V_{\alpha\pi}$  меньше 1, то  $K_{нп\alpha}$  принимается равным 1, а если расчетное значение  $V_{мо} / V_{\alpha\pi}$  больше 2, то  $K_{нп\alpha}$  принимается равным 2.

Коэффициенты нормативного потребления амбулаторной медицинской помощи по МО Волгоградской области, имеющим прикрепленное население, утверждаются Комиссией.

Среднеобластные коэффициенты половозрастных затрат определяются по каждой половозрастной группе лиц на основании данных о затратах на оплату 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 за расчетный период.

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

$$P = Z / M / Ч, \text{ где:}$$

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

$M$  - 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:

$$P_j = Z_j / M / Ч_j, \text{ где:}$$

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

$M$  - количество месяцев в расчетном периоде;

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

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

$$K_{пвзj} = P_j / P$$

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

#### 1.1.4 Расчет суммы средств ОМС для финансирования МО, имеющей прикрепленное население

Предварительная расчетная сумма средств ОМС для финансирования МО, имеющей прикрепленное население, на расчетный  $i$ -й месяц определяется для лиц, застрахованных в каждой страховой медицинской организации, по формуле:

$$S_{моi} = (АПН_{моi1} * Ч_{пзл_{моi1}} + АПН_{моi2} * Ч_{пзл_{моi2}} + \dots + АПН_{моi8} * Ч_{пзл_{моi8}}),$$

где:

$АПН_{моij}$  - расчетный подушевой норматив  $i$ -го расчетного месяца для  $j$ -й половозрастной группы.

$Ч_{пзл_{моij}}$  - численность застрахованных в Волгоградской области лиц, прикрепленных к МО, оказывающей амбулаторную медицинскую помощь, на  $i$ -й расчетный месяц по каждой  $j$ -й половозрастной группе (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).

Определяется  $K_{\text{нор}_i}$  - коэффициент нормирования, обеспечивающий равенство суммы средств, предназначенных для финансирования на основе подушевого норматива амбулаторной медицинской помощи МО, имеющих прикрепленное население, и фактически имеющейся суммы средств на амбулаторную медицинскую помощь на  $i$ -й расчетный месяц по формуле:

$$K_{\text{нор}_i} = (S_{\text{ап}_i} - S_{\text{нсз}_i} - P_{\text{нзл}_i}) / \sum S_{\text{мо}_i}, \text{ где:}$$

$S_{\text{ап}_i}$  - фактически имеющаяся сумма средств ОМС для оплаты амбулаторной медицинской помощи, оказанной МО, на  $i$ -й расчетный месяц (определяется как 1/12 расчетной суммы средств на финансирование амбулаторной медицинской помощи по федеральным нормативам, применяемым при расчете стоимости территориальной программы ОМС с учетом дополнительных средств, фактически поступивших в  $i$ -м расчетном месяце);

$\sum S_{\text{мо}_i}$  - предварительная сумма средств ОМС для финансирования всех МО по подушевому нормативу финансирования на прикрепленное население на  $i$ -й расчетный месяц по всем страховым медицинским организациям.

После этого определяется окончательная расчетная сумма средств ОМС для финансирования медицинской организации, имеющей прикрепленное население, на расчетный  $i$ -й месяц по каждой страховой медицинской организации в рублях с округлением в сторону уменьшения по формуле:

$$PS_{\text{мо}_i} = S_{\text{мо}_i} * K_{\text{нор}_i}$$

#### 1.1.5 Расчет финансового результата для МО, имеющей прикрепленное население

По результатам работы за месяц ТФОМС в рамках централизованного расчета определяет финансовый результат деятельности МО, имеющей прикрепленное 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 расчетной суммой средств для финансирования МО, имеющих прикрепленное население, и фактическими расходами на медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам, прикрепленным к этой МО по каждой страховой медицинской организации по формуле:

$$\Phi P_{\text{мо}_i} = PS_{\text{мо}_i} - C_{\text{пзл}_i} - P_{\text{пзл}_i}, \text{ где:}$$

$\Phi P_{\text{мо}_i}$  - финансовый результат МО, имеющей прикрепленное население за расчетный  $i$ -й месяц;

$C_{\text{пзл}_i}$  - стоимость амбулаторной медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, по месту прикрепления, т.е. в этой МО за расчетный  $i$ -й месяц (определяется на основании данных реестров счетов за  $i$ -й расчетный месяц);

$P_{\text{пзл}_i}$  - расходы на амбулаторную медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам, вне места прикрепления т.е. в сторонних МО Волгоградской области за расчетный  $i$ -й месяц (определяется на основании данных реестров счетов за  $i$ -й расчетный месяц).

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

$$ИД\ mo_i = ФР\ mo_i * Пр_{i-1}$$

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

Разница между финансовым результатом и итоговым доходом МО ( $\sum ФР\ mo_i - \sum ИД\ mo_i$ ) направляется в нормированный страховой запас ТФОМС.

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 прикрепленное 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. 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 прикрепленного населения, а также оказанной лицам, застрахованным за пределами Волгоградской области

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

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

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

- по тарифам обращений в связи с заболеваниями к врачам (фельдшерам, акушеркам),

- по тарифам за законченный случай проведения диспансеризации определенных групп населения,

- по тарифам посещений центра здоровья,

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

## 2. Стационарная помощь

2.1 Оплата стационарной медицинской помощи, предоставляемой в условиях круглосуточных стационаров МО или их соответствующими структурными подразделениями, производится по тарифам:

- законченных случаев лечения пациента на профильной койке,
- законченных случаев лечения пациента на профильной койке с выполнением дорогостоящих исследований (ангиографии, коронарографии, шунтографии),
- фактически проведенных пациентом профильных койко-дней.

Количество фактически оказанных койко-дней при применении способа оплаты по законченному случаю рассчитывается как разность между датой окончания лечения и датой начала лечения, учитывается при контроле объемов оказанной стационарной помощи и не влияет на оплату.

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 койко-дней и законченных случаев лечения на профильных койках.

### 3. Медицинская помощь, предоставляемая в условиях дневных стационаров

3.1 Оплата медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров, производится по тарифам:

- законченных случаев лечения пациента при стационарном медицинском учреждении,
- законченных случаев лечения пациента в профильном дневном стационаре амбулаторно-поликлинического учреждения,
- законченных случаев лечения пациента в профильном стационаре на дому.

3.2 Количество пациенто-дней в дневных стационарах определяется числом фактических дней лечения, исходя из дат поступления и выписки, дни поступления и выписки считаются за 2 дня.

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

### 4. Скорая медицинская помощь

4.1. Оплата скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) производится по подушевому нормативу на обслуживаемых застрахованных в Волгоградской области лиц.

4.2. Оплата скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) осуществляется на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, заключенного между МО, включенной в реестр МО, которые участвуют в реализации Территориальной программы ОМС Волгоградской области и которой решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Волгоградской области установлен объем предоставления медицинской помощи, и страховой медицинской организацией, участвующей в реализации Территориальной программы ОМС Волгоградской области, в установленном порядке.

Объем средств ОМС для оплаты оказанной скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской



помощи) определяется исходя из норматива объема оказания медицинской помощи вне МО в расчете на одно застрахованное лицо и норматива финансовых затрат на единицу объема, установленных Территориальной программой ОМС на соответствующий год.

Оплата скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) производится по подушевому нормативу на обслуживаемых застрахованных в Волгоградской области лиц.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи включает в себя финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность службы скорой медицинской помощи с учетом оплаты необходимых для функционирования услуг сторонних организаций.

Объем средств ОМС для финансирования станции скорой медицинской помощи и отделения скорой медицинской помощи, входящей в состав МО, на месяц рассчитывается государственным учреждением «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области» по каждой МО, оказывающей скорую медицинскую помощь и имеющую обслуживаемое застрахованное население.

Оплата специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи, скорой медицинской помощи при заболеваниях, не входящих в территориальную программу ОМС Волгоградской области, и скорой медицинской помощи, оказанной незастрахованным лицам, осуществляется за счет средств областного бюджета.

При проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС (за исключением медико-экономического контроля) для случаев оказания скорой медицинской помощи вне МО за стоимость случая оказания медицинской помощи принимается норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи (1 вызов), утвержденный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Волгоградской области медицинской помощи.

Для осуществления персонифицированного учета оказанной скорой медицинской помощи МО, оказывающие скорую медицинскую помощь, выставляют реестры счетов за оказанную скорую медицинскую помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) в страховые медицинские организации за отчетный месяц, в сроки, определенные договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

4.3 Расчет подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на обслуживаемое население (тарифа) производится для каждой станции скорой медицинской помощи и отделения скорой медицинской помощи, входящего в состав МО, на расчетный  $i$  месяц по формуле:

$$\text{СППН МО}_i = \text{СППН ТП}_i \times K_{\text{псп}} \times K_{\text{пл}} \times K_{\text{урб}}, \text{ где:}$$

$\text{СППН МО}_i$  - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на обслуживаемое застрахованное население (тариф) для конкретной МО на расчетный месяц;

$\text{СППН ТП}_i$  - среднеобластной подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на расчетный месяц;

$K_{\text{псп}}$  - коэффициент потребления скорой медицинской помощи на территории муниципального образования Волгоградской области;

$K_{\text{пл}}$  - коэффициент, учитывающий плотность населения на территории муниципального образования Волгоградской области;

$K_{\text{урб}}$  - коэффициент урбанизации населения на территории муниципального образования Волгоградской области.

Коэффициент потребления скорой медицинской помощи на территории муниципального образования, коэффициент, учитывающий плотность населения на

территории муниципального образования, коэффициент урбанизации населения на территории муниципального образования ежегодно определяются ТФОМС, исходя из среднеобластного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи по территориальной программе ОМС на соответствующий финансовый год.

Среднеобластной подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи согласно территориальной программе ОМС на первый расчетный месяц ( $i = 1$ ) текущего финансового года определяется по формуле:

$$СППН\ TP_i = \frac{S\ cп}{Ч_{озл_i}} : 12, \text{ где:}$$

$S\ cп$  - сумма средств ОМС для оплаты оказанной скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) на соответствующий финансовый год (определяется как расчетная сумма средств на финансирование СМП по федеральным нормативам, применяемым при расчете стоимости территориальной программы ОМС, с учетом дополнительных финансовых средств, фактически поступивших в расчетном месяце).

$Ч_{озл_i}$  - численность застрахованных в Волгоградской области лиц, обслуживаемых станциями скорой медицинской помощи и отделениями скорой медицинской помощи, входящими в состав МО (определяется на основании регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц и соответствует численности застрахованных лиц, учитываемой на основе актов сверки численности на начало первого расчетного месяца текущего финансового года по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС).

Среднеобластной подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи согласно территориальной программе ОМС на каждый последующий расчетный месяц ( $i+1$ ) определяется ТФОМС по формуле:

$$СППН\ TP_{i+1} = \frac{(S\ cп - F\ cп_i)}{Ч_{озл_{i+1}}} : (12 - i) - \frac{СПР\ mtp_i}{Ч_{озл_{i+1}}}, \text{ где:}$$

$F\ cп_i$  - сумма средств ОМС предназначенная для финансирования станций и отделений скорой медицинской помощи за месяцы предшествующие расчетному месяцу (определяется как сумма  $S\ mo_i$  за месяцы, предшествующие расчетному месяцу).

$СПР\ mtp_i$  - расходы на скорую медицинскую помощь для лиц, застрахованных в Волгоградской области, оказанную в других регионах Российской Федерации в рамках межтерриториальных расчетов за месяцы предшествующие расчетному месяцу (определяется как сумма, принятая к оплате по счетам за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным в Волгоградской области за пределами территории страхования, за месяцы, предшествующие расчетному месяцу).

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на обслуживаемое застрахованное население (тариф) для конкретной МО на расчетный месяц определяется ТФОМС.

Коэффициент потребления скорой медицинской помощи на территории муниципального образования, коэффициент, учитывающий плотность населения на территории муниципального образования, коэффициент урбанизации населения на территории муниципального образования утверждается Комиссией.

4.4 Сумма средств ОМС для финансирования станции скорой медицинской помощи и отделения скорой медицинской помощи, входящего в состав МО, на расчетный месяц текущего финансового года  $S\ mo_i$  определяется в рублях с округлением в сторону уменьшения по формуле:

$$S_{\text{мо}_i} = \text{СППН } \text{МО}_i \times \text{Ч озл } \text{мо}_i,$$

где:

Ч озл мо<sub>i</sub> - численность застрахованных лиц на расчетный месяц текущего финансового года, обслуживаемых станцией скорой медицинской помощи или отделением скорой медицинской помощи, входящим в состав МО (определяется на основе акта сверки численности на начало расчетного месяца текущего финансового года по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС).

Станции скорой медицинской помощи и отделения скорой медицинской помощи, входящие в состав МО, выставляют в адрес страховой медицинской организации счет на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на обслуживаемое застрахованное население за счет средств ОМС Волгоградской области исходя из суммы средств ОМС для финансирования S мо<sub>i</sub> по форме, утвержденной ТФОМС.

Сумма средств ОМС для финансирования станции скорой медицинской помощи и отделения скорой медицинской помощи, входящего в состав МО, за расчетный месяц направляется страховыми медицинскими организациями с учетом ранее направленного аванса и результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления скорой медицинской помощи по ОМС.

4.5 Оплата счетов за скорую медицинскую помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), оказанную лицам, застрахованным за пределами Волгоградской области, осуществляется ТФОМС по тарифам за выполненные вызовы.

Приложение к Положению о порядке оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области

Методика оценки результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу на обслуживаемое (прикрепленное) застрахованное население

Настоящая Методика разработана в целях оценки результативности деятельности МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и, финансируемых по подушевому нормативу на обслуживаемое (прикрепленное) застрахованное население по показателям оценки результативности деятельности МО (Таблицы №№ 1,2):

Таблица № 1.

Показатели оценки результативности деятельности МО, финансируемых по подушевому нормативу на обслуживаемое (прикрепленное) застрахованное население, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя (норматив)	Оценка в баллах	
			Удельный вес показателя в баллах	При отклонении от норматива
1	2	3	4	5

1	Показатель выполнения утвержденных объемов медицинской помощи (в процентах)	Не менее 70	20	-2
2	Индикатор кратности амбулаторных посещений на одно обращение в связи с заболеваниями	Не менее 2,9	20	-2
3	Количество обоснованных жалоб по данным ТФОМС и СМО	0	20	-1 (за каждую обоснованную жалобу)
4	Показатель качества работы МО по результатам МЭЭ и ЭКМП, проведенных СМО и ТФОМС (в процентах)	Не более 0,44	20	-2
5	Показатель полноты охвата диспансеризацией прикрепленного населения (рассчитывается в полных процентах)*  Примечание: * Расчет производится с начала даты проведения диспансеризации (в соответствии с утвержденными планами-графиками проведения диспансеризации в МО).	Не менее 90	20	-2

Таблица № 2.

Расчет показателей оценки результативности деятельности МО, финансируемых по подушевому нормативу на обслуживаемое (прикрепленное) застрахованное население, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях

№ п/п	Наименование показателя	Методика вычисления
1.	Показатель выполнения утвержденных объемов медицинской помощи (в процентах)  Примечание: * Расчет для 1-го месяца квартала - 1/3 от квартального утвержденного объема медицинской помощи с учетом дополнительной корректировки плановых объемов на день формирования отчета. Расчет для 2-го месяца квартала - 2/3 от	Количество врачебных посещений за отчетный период  Количество врачебных посещений в утвержденных объемах медицинской помощи отчетного квартала* x100%



	<p>квартального утвержденного объема медицинской помощи (нарастающим итогом) с учетом дополнительной корректировки плановых объемов на день формирования отчета. Расчет для 3-го месяца квартала - от фактически выполненных квартальных утвержденных объемов медицинской помощи (нарастающим итогом) с учетом дополнительной корректировки плановых объемов на день формирования отчета.</p>	
2.	<p>Индикатор кратности амбулаторных посещений на одно обращение в связи с заболеваниями (на 1 законченный случай). - показатель динамического наблюдения обращений</p>	<p>Общее количество посещений, приходящихся на все О.з. за отчетный период</p> <p>Количество О.з. за отчетный период, где О.з. – количество обращений в связи с заболеваниями</p>
3.	<p>Количество обоснованных жалоб по данным ТФОМС и СМО</p>	<p>Количество обоснованных жалоб за отчетный период</p>
4.	<p>Показатель качества работы МО по результатам МЭЭ и ЭКМП, проведенных СМО и ТФОМС (в процентах)</p>	<p>Сумма, не подлежащая оплате по результатам МЭЭ и ЭКМП, за отчетный период</p> <p>× 100%</p> <p>Сумма выставленных счетов за отчетный период</p>
5.	<p>Показатель полноты охвата диспансеризацией прикрепленного населения (рассчитывается в полных процентах)*</p> <p>Примечание: * Расчет производится с начала даты проведения диспансеризации (в соответствии с утвержденными планами-графиками проведения диспансеризации в МО).</p>	<p>Количество лиц, прошедших диспансеризацию (по категориям) за отчетный период</p> <p>× 100%</p> <p>Количество лиц, подлежащих осмотру в рамках диспансеризации прикрепленного населения в отчетном периоде, в соответствии с утвержденным планом-графиком</p>

Оценка деятельности МО осуществляется ежемесячно Комиссией по оценке деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому

нормативу на обслуживаемое (прикрепленное) застрахованное население «ТФОМС Волгоградской области».

Подведение итогов результативности деятельности МО основывается на сравнении фактически достигнутых ими результатов с нормативными значениями показателей оценки результативности деятельности МО.

Оценка выполнения каждого показателя производится в баллах с учетом отклонений от нормативной оценки.

Суммарная оценка выполнения показателей определяется как показатель деятельности МО.

Показатель результативности деятельности МО (Пр) рассчитывается как отношение суммы фактических оценок в баллах по всем показателям к сумме нормативных значений по формуле:

$$\text{Пр} = \frac{П_1 + П_2 + \dots + П_n}{Н_1 + Н_2 + \dots + Н_n}$$

где:

Пр - показатель результативности деятельности МО;

П<sub>1</sub>, П<sub>2</sub>...П<sub>n</sub> - фактическое значение показателей в баллах;

Н<sub>1</sub>, Н<sub>2</sub>...Н<sub>n</sub> - нормативное значение показателей в баллах.

Результаты работы Комиссии по оценке деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу на обслуживаемое (прикрепленное) застрахованное население «ТФОМС Волгоградской области» по утверждению расчетных показателей результативности деятельности МО оформляются протоколом.

Расходы медицинских организаций,  
входящие в состав тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному  
медицинскому страхованию

Статья <*>	Подстатья	Вид расходов медицинских организаций
1	2	3
210 «оплата труда и начисления на оплату труда»	211 «заработная плата»	Расходы по оплате труда работников медицинских организаций, участвующих в выполнении территориальной программы ОМС.
	212 «прочие выплаты»	Расходы медицинских организаций на дополнительные выплаты и компенсации, обусловленные условиями трудовых договоров с работниками, участвующими в выполнении территориальной программы ОМС, в соответствии с действующей классификацией операций сектора государственного управления. В указанные расходы не включают расходы заграничных командировок.
	213 «начисления на выплаты по оплате труда»	Расходы по уплате медицинскими организациями страховых взносов в соответствии с Федеральным законом от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования», а так же страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.
220 «приобретение услуг»	221 «услуги связи»	Расходы медицинских организаций по оплате услуг связи, необходимых для выполнения территориальной программы ОМС: по договорам на оказание услуг связи в целях обеспечения собственных нужд медицинских организаций; по договорам на оказание услуг сотовой связи на основании утвержденного руководителем медицинских организаций перечня должностей работников, которым в силу исполняемых ими обязанностей необходимо для выполнения территориальной программы ОМС использование сотовой связи в пределах лимита, утвержденного руководителем медицинской организации.
	222 «транспортные услуги»	Расходы медицинских организаций на приобретение транспортных услуг, необходимых медицинским организациям для выполнения территориальной программы ОМС, по договорам на оказание транспортных услуг в целях обеспечения собственных нужд медицинских организаций. В указанные расходы не включают расходы заграничных командировок.
	223 «коммунальные	Расходы медицинских организаций на приобретение коммунальных услуг, необходимых медицинским

Статья <*>	Подстатья	Вид расходов медицинских организаций
1	2	3
	услуги»	организациям для выполнения территориальной программы ОМС, по договорам на оказание коммунальных услуг в целях обеспечения собственных нужд медицинских организаций.
	224 «арендная плата за пользование имуществом»	Расходы медицинских организаций по оплате арендной платы в соответствии с заключенными договорами аренды (субаренды имущества, найма, проката) имущества, объектов нефинансовых активов, необходимых медицинским организациям для выполнения территориальной программы ОМС.
	225 «услуги по содержанию имущества»	<p>Расходы медицинских организаций на оплату услуг, необходимых медицинским организациям для выполнения территориальной программы ОМС, по договорам на оказание услуг, связанных с содержанием (обслуживанием), ремонтом нефинансовых активов, находящихся в собственности, оперативном управлении или аренде медицинских организаций, в целях обеспечения собственных нужд медицинских организаций.</p> <p>В состав расходов не включаются:</p> <p>расходы на проведение пусконаладочных работ (кроме пусконаладочных работ оборудования, требующего монтажа, стоимостью до ста тысяч рублей за единицу);</p> <p>расходы на новое строительство, реконструкцию, капитальный ремонт нефинансовых активов.</p>
	226 «прочие работы, услуги»	<p>Экономически обоснованные и документально подтвержденные расходы медицинских организаций:</p> <p>на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, необходимых для выполнения территориальной программы ОМС, производимых другими организациями (индивидуальными предпринимателями), в случае отсутствия возможности проведения указанных исследований собственными силами данной медицинской организации,</p> <p>на оплату обеспечения застрахованных лиц необходимым для выполнения территориальной программы ОМС лечебным питанием при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, по нормам, утвержденным в установленном порядке, предприятиями общественного питания (при отсутствии в медицинских организациях или временного закрытия своего пищеблока),</p> <p>по договорам за консультационную и иную помощь, оказываемую медицинскими работниками сторонних медицинских организаций в рамках территориальной программы ОМС,</p> <p>по договорам на оказание услуг, не отнесенных на подстатьи 221-225 (в том числе расходы медицинских организаций по возмещению комиссионных вознаграждений банкам за осуществление операций со средствами ОМС), в целях обеспечения собственных нужд медицинских организаций для выполнения территориальной программы ОМС в соответствии с действующей классификацией операций сектора государственного управления.</p> <p>За счет средств ОМС не оплачиваются расходы:</p> <p>по проведению научно-исследовательских, опытно-</p>



Статья <*>	Подстатья	Вид расходов медицинских организаций
1	2	3
		<p>конструкторских, опытно-технологических, проектных и изыскательских работ;</p> <p>разработка проектной и сметной документации для строительства, реконструкции и капитального ремонта объектов нефинансовых активов;</p> <p>пусконаладочные работы по комплексному опробованию и наладке оборудования стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу;</p> <p>монтажные работы по оборудованию стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу, требующему монтажа.</p>
260 «социальное обеспечение»	262 «пособия по социальной помощи населению»	Расходы медицинских организаций на выплаты в случаях, установленных законодательством Российской Федерации.
290 «прочие расходы»		<p>Расходы медицинских организаций на уплату налогов и сборов в бюджеты всех уровней Российской Федерации.</p> <p>Расходы медицинских организаций на уплату государственных пошлин и сборов в случаях, установленных законодательством Российской Федерации (в том числе расходы медицинских организаций, связанные с получением медицинскими организациями лицензий на осуществление медицинской деятельности).</p> <p>Расходы на оплату иных расходов, отнесенных к статье 290 «прочие расходы» в соответствии с действующей классификацией операций сектора государственного управления.</p> <p>За счет средств ОМС не оплачиваются расходы медицинских организаций:</p> <p>на уплату государственных пошлин и судебных издержек, возмещением морального и материального вреда, исполнением обязательств по судебным делам, не связанным с деятельностью медицинских организаций по выполнению территориальной программы ОМС;</p> <p>по возврату средств ОМС, использованных не по назначению.</p>
300 «поступление нефинансовых активов»	310 «увеличение стоимости основных средств»	<p>Расходы медицинских организаций на приобретение необходимого для выполнения территориальной программы ОМС медицинского инструментария, относящегося к основным средствам в соответствии с Общероссийским классификатором основных фондов, стоимостью до 100 тыс. рублей;</p> <p>машин и оборудования, инструментов, транспортных средств, производственного и хозяйственного инвентаря, прочих основных средств стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.</p> <p>За счет средств ОМС не оплачиваются расходы по оплате контрактов (договоров) на строительство, приобретение (изготовление) объектов, относящихся к основным средствам, а также на реконструкцию, техническое перевооружение, расширение, модернизацию и дооборудование основных средств.</p>
	340 «увеличение	Экономически обоснованные и документально

Статья <*>	Подстатья	Вид расходов медицинских организаций
1	2	3
	стоимости материальных запасов»	<p>подтвержденные расходы медицинских организаций для выполнения территориальной программы ОМС на приобретение:</p> <p>лекарственных препаратов, медицинских изделий, расходных материалов в соответствии с Перечнем ЖНВЛП;</p> <p>лекарственных препаратов, не входящих в перечень, в случаях нетипичного течения болезни, наличия осложнений основного заболевания и (или) сочетанных заболеваний, при назначении опасных комбинаций лекарственных препаратов, а также при непереносимости лекарственных препаратов, входящих в Перечень ЖНВЛП, медицинскими организациями приобретаются лекарственные препараты, зарегистрированные в установленном порядке в Российской Федерации и разрешенные к медицинскому применению, но не входящие в стандарты медицинской помощи, и Перечень ЖНВЛП, по заключению врачебной комиссии, которое фиксируется в медицинских документах больного и журнале врачебной комиссии.</p> <p>продуктов питания для обеспечения необходимым для выполнения территориальной программы ОМС лечебным питанием застрахованных лиц при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, по нормам, утвержденным в установленном порядке;</p> <p>молока и лечебно-профилактического питания для выдачи работникам, занятым на работах с вредными условиями труда, в соответствии с нормами, установленными приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 16.02.2009 № 45н;</p> <p>мягкого инвентаря и обмундирования, необходимых для выполнения территориальной программы ОМС в соответствии с табелем оснащения и нормами бесплатной выдачи санитарной одежды;</p> <p>горюче-смазочных материалов, включая специальное топливо;</p> <p>всех видов котельно-печного топлива;</p> <p>строительных материалов, используемых для текущего ремонта;</p> <p>кухонного инвентаря;</p> <p>хозяйственных материалов, канцелярских принадлежностей, в том числе приобретение бланков строгой отчетности;</p> <p>запасных частей и прочих материальных запасов.</p> <p>За счет средств ОМС не оплачивается приобретение строительных материалов для капитального ремонта, нового строительства, реконструкции, спецоборудования для научно-исследовательских работ.</p>

<\*> медицинские организации негосударственной формы собственности руководствуются Планом счетов бухгалтерского учета финансово-хозяйственной деятельности организаций, утвержденным приказом Министерства финансов Российской Федерации от 31.10.2000 № 94н.

Порядок формирования счетов и реестров счетов для оплаты медицинской помощи в  
сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области

Настоящий порядок формирования счетов и реестров счетов применяется всеми участниками и субъектами ОМС осуществляющими деятельность в сфере ОМС Волгоградской области.

В соответствии с «Классификатором способов оплаты медицинской помощи», разработанным Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, применяются следующие способы оплаты медицинской помощи в сфере ОМС Волгоградской области:

- «1» - Посещение в поликлинике;
- «4» - Лечебно-диагностическая процедура;
- «5» - Койко-день в круглосуточном стационаре;
- «11» - Дополнительная диспансеризация;
- «12» - Комплексная услуга центра здоровья;
- «14» - Лечение в профильном отделении стационара;
- «17» - Законченный случай в поликлинике;
- «19» - Законченный случай в дневном стационаре больничного учреждения;
- «20» - Законченный случай в дневном стационаре АПУ;
- «21» - Законченный случай в стационаре на дому;
- «22» - Посещение;
- «24» - Вызов скорой медицинской помощи.

Медицинская помощь, предоставляемая в условиях круглосуточных стационаров медицинских организаций или их соответствующих структурных подразделений

При оплате стационарной помощи используются следующие способы оплаты из Классификатора способов оплаты, формируемого ФФОМС:

- «5» - Койко-день в круглосуточном стационаре;
- «14» - Лечение в профильном отделении стационара;

Способ оплаты по профильным койко-дням в круглосуточном стационаре применяется в случаях стационарного лечения продолжительностью 1-3 дня.

В случаях стационарного лечения продолжительностью более 3 дней используется способ оплаты по законченному случаю в круглосуточном стационаре.

Медицинская помощь, в том числе неотложная, предоставляемая в амбулаторных условиях медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями

При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в том числе на дому и в приемных отделениях стационаров пациентам, не нуждающимся в госпитализации, используются следующие способы оплаты из Классификатора способов оплаты, формируемого ФФОМС:

- «1» - Посещение в поликлинике;
- «4» - Лечебно-диагностическая процедура;
- «11» - Дополнительная диспансеризация;
- «12» - Комплексная услуга центра здоровья;
- «17» - Законченный случай в поликлинике;

#### «22» - Посещение.

Способ оплаты по посещениям применяется при оказании медицинской помощи в приемном отделении стационара в случаях, не требующих госпитализации. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение при оказании неотложной помощи и в счет должен выставляться профильный врачебный прием при оказании медицинской помощи в приемном отделении (коды услуг 2.82.\*\*\*).

Медицинская помощь,  
предоставляемая в условиях дневных стационаров медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями

При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в том числе в стационаре на дому, используются следующие способы оплаты из Классификатора способов оплаты, формируемого ФФОМС:

«19» - Законченный случай в дневном стационаре больничного учреждения;

«20» - Законченный случай в дневном стационаре АПУ;

«21» - Законченный случай в стационаре на дому.

Медицинская помощь, в том числе неотложная, предоставляемая в амбулаторных условиях стоматологическими отделениями и кабинетами медицинских организаций

За единицу оплаты стоматологической помощи приняты отдельные услуги (лечебно-диагностические процедуры), рассчитанные на основе условных единиц трудоемкости (УЕТ), отдельно для взрослых и детей, при этом используется следующий способ оплаты:

«4» - Лечебно-диагностическая процедура.

#### Скорая медицинская помощь

За единицу объема скорой медицинской помощи принят вызов скорой медицинской помощи, выполненный врачебной или фельдшерской бригадой.

Оплата скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной помощи, специализированной наркологической, психиатрической помощи), оказанной лицам, застрахованным на территории Волгоградской области, производится по подушевому нормативу финансирования.

Оплата скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной помощи, специализированной наркологической, психиатрической помощи), оказанной застрахованным лицам за пределами территории страхования производится по стоимости вызова, выполненного врачебной или фельдшерской бригадой.

Способ оплаты из Классификатора способов оплаты:

«24» - Вызов скорой медицинской помощи.

#### Порядок формирования счетов и реестров счетов

Отчетным периодом выставления счетов и реестров счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам, является календарный месяц года. В счет за отчетный период включаются все случаи, завершённые в отчетном периоде.

Для учета случаев лечения в условиях стационара (круглосуточного или дневного стационара любого типа) и формирования счетов и реестров счетов в адрес страховой медицинской организации или «ТФОМС Волгоградской области» используются сведения из «Статистической карты выбывшего из стационара» (форма № 066/у-02)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Форма утверждена Приказом Минздрава России от 30.12.2002 г. № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации».



Для учета случаев лечения в амбулаторно-поликлинических условиях и формирования счетов и реестров счетов в адрес страховой медицинской организации или «ТФОМС Волгоградской области» используются сведения из «Талона амбулаторного пациента» (форма № 025-12/у)<sup>2</sup>.

Для учета случаев оказания скорой медицинской помощи и формирования счетов и реестров счетов в адрес страховой медицинской организации или «ТФОМС Волгоградской области» используются сведения из «Карты вызова скорой медицинской помощи» (форма № 110/у)<sup>3</sup> и Приложения к Карте вызова скорой медицинской помощи.

Медицинские организации в течение отчетного периода и первых двух (2) рабочих дней после окончания отчетного периода формируют и представляют в ТФОМС (его филиалы) Реестры сведений об оказанной медицинской помощи (далее - Реестр сведений). В Реестр сведений за отчетный период включаются случаи оказания медицинской помощи, завершенные в отчетном периоде (дата окончания лечения относится к отчетному периоду).

Реестры сведений, содержащие случаи оказания медицинской помощи отчетного месяца, представляются на регистрацию в ТФОМС (его филиалы) не ранее 11 числа отчетного месяца, то есть после окончания представления счетов за прошедший отчетный месяц.

Реестры сведений, содержащие случаи оказания медицинской помощи, завершенные в отчетном месяце, должны быть представлены в ТФОМС (его филиалы) не позднее первых 2 рабочих дней месяца, следующего за отчетным.

ТФОМС в течение 2 рабочих дней на основании регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц определяет страховую принадлежность застрахованного лица, проводит технологический контроль и направляет результаты в виде Реестров страховой принадлежности и технологического контроля в медицинскую организацию. В случае затруднения в определении территории страхования лица, которому была оказана медицинская помощь вне территории страхования, ТФОМС формирует электронный запрос в центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц, где в течение 5 рабочих дней осуществляется проверка и формируется ответ с указанием территории страхования и действующего номера полиса застрахованного лица. ТФОМС направляет полученную из ФФОМС информацию в медицинскую организацию. На основании полученной от ТФОМС информации медицинская организация в течение 2 рабочих дней формирует счета и реестры счетов в адрес конкретных страховых медицинских организаций или ТФОМС за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования и представляет их на регистрацию в ТФОМС (его филиалы). В счета и реестры счетов включаются случаи, по которым не установлено ошибок в результате проведенного технологического контроля. При наличии ошибок технологического контроля по случаям Реестра сведений, представленного в течение отчетного месяца медицинская организация вправе внести необходимые изменения и представить исправленные случаи в последующих Реестрах сведений отчетного месяца в течение пяти календарных дней, но не позднее 2-х рабочих дней после окончания отчетного месяца.

Исправление ошибок в реестрах сведений, представленных на регистрацию в течение 2 рабочих дней после окончания отчетного месяца, должно осуществляться в течение 2-х рабочих дней.

Медицинские организации формируют реестры счетов на оплату медицинской помощи (медицинских услуг), оказанной застрахованным лицам, только по утвержденной форме в электронном формате и на бумажных носителях.

---

<sup>2</sup> Форма утверждена Приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 г. N 255 "О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг"

<sup>3</sup> Форма утверждена Приказом Минздравсоцразвития РФ от 02.12.2009 № 942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения, больницы скорой медицинской помощи)»

Счета и реестры счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, медицинские организации представляют в отдел межтерриториальных расчетов ТФОМС не позднее десяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным.

Случаи оказания медицинской помощи, включенные в счета и отклоненные впоследствии от оплаты по результатам проведенного страховой медицинской организацией контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, с представлением соответствующих актов, могут быть доработаны (исправлены) медицинской организацией и представлены в новом Реестре сведений в ТФОМС не позднее двадцати пяти рабочих дней от даты получения акта от страховой медицинской организации.

Структурные подразделения медицинских организаций, имеющие адрес места нахождения, отличный от головной медицинской организации и право самостоятельно формировать счета и реестры счетов за оказанную медицинскую помощь, представляют их на регистрацию в соответствующий филиал ТФОМС по месту своего прикрепления.

Медицинские организации формируют в адрес каждой (одной) страховой медицинской организации счета и реестры счетов, в которые включаются случаи оказания медицинской помощи по условиям оказания медицинской помощи (стационар, дневной стационар, поликлиника, в том числе стоматология, скорая помощь).

За отчетный период в адрес одной страховой медицинской организации может быть сформировано несколько счетов и реестров счетов.

Медицинские организации предоставляют на регистрацию в Территориальный фонд счета и реестры счетов (для последующей передачи в страховые медицинские организации) по случаям, завершнным в отчетном периоде, с учетом срока, предусмотренного договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС между МО и СМО для предоставления счетов и реестров в СМО.

Принадлежность застрахованного лица к конкретной страховой медицинской организации определяется на дату окончания страхового случая (лечения).

При формировании счетов и реестров используются тарифы и способы оплаты, действующие на дату завершения случая оказания медицинской помощи (дату окончания лечения).

Возраст застрахованного лица для применения детского или взрослого тарифа определяется на дату начала лечения.

Случай оказания медицинской помощи новорожденному ребенку до момента государственной регистрации рождения, выставляется по полису матери (законного представителя), так как обязательное медицинское страхование детей со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахована мать ребенка или его другой законный представитель.

Порядок формирования номеров счетов для всех условий оказания медицинской помощи определяется «Соглашением об информационном взаимодействии в системе ОМС Волгоградской области при ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и оказанной медицинской помощи» от 09.11.2012 года.

При формировании счетов и реестров счетов медицинскими организациями применяются коды тарифов в соответствии с профилями медицинской помощи, разрешенными лицензиями на осуществление медицинской деятельности.

Амбулаторная медицинская помощь

При формировании счетов медицинскими организациями используются коды врачебных приемов и обращений по тем специальностям, по которым организован прием в медицинской организации в соответствии с лицензией.

Запись в первичной медицинской документации подтверждается подписью врача и является основанием для выставления счета за врачебное посещение и обращение. Запись в

первичной медицинской документации, сделанная средним медицинским работником, не может служить основанием для выставления в счет врачебного посещения.

Коды консультаций врача применяются только медицинскими организациями, имеющими в своем составе консультативные поликлиники.

Счета за работу клинико-экспертных комиссий не формируются, так как расходы на нее уже учтены в тарифах профильных посещений.

При оказании стоматологической помощи коды услуг применяются медицинскими организациями в соответствии с разрешенными лицензией профилями стоматологической помощи.

Счета формируются за медицинскую помощь, оказанную врачами-стоматологами и зубными врачами.

Счета формируются по кодам услуг, фактически оказанных пациентам.

В рамках каждого обращения по поводу заболевания (травмы, иного состояния) медицинские организации в обязательном порядке ведут учет непосредственно выполненных посещений (коды услуг – 2.3\*, указываются в счете дополнительно к коду услуги обращения с указанием конкретных дат врачебных приемов).

К амбулаторным условиям оказания медицинской помощи относятся также случаи оказания медицинской помощи в приемном отделении стационаров пациентам, не нуждающимся в госпитализации.

В случаях оказания медицинской помощи в приемном отделении, не требующих госпитализации и наблюдения за состоянием здоровья пациентов, единицей объема медицинской помощи является - посещение (врачебный прием). В Реестр сведений, а в дальнейшем в Реестр счетов выставляется профильный врачебный прием (приемы). В таких ситуациях в Реестре сведений на уровне случая указывается профиль медицинской помощи из Классификатора профилей медицинской помощи, разработанного ФФОМС, - «134-Приемное отделение», а в качестве специальности врача, указывается специальность того врача, который первым осмотрел больного. В сведениях об основном диагнозе, указывается диагноз, выставленный врачом, первым осмотревшим больного. В сведениях об услугах указываются все выполненные врачебные приемы (посещения) с указанием профиля медицинской помощи, соответствующего врачебному приему, и специальности врача, выполнившего врачебный прием (посещение), из Классификатора медицинских специальностей, разработанного ФФОМС. При этом используется код способа оплаты: «22» - Посещение. В этих случаях условия оказания медицинской помощи – амбулаторные и такие случаи формируются в счет.

Счета за оказание компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, гемодиализа, ангиографии, коронарографии формируются медицинскими организациями за пациентов, находящихся на амбулаторном лечении.

В реестр сведений, а в последующем в реестры счетов подлежат выставлению все случаи выполнения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ангиографии, коронарографии, проведенные только амбулаторным больным (в том числе застрахованным за пределами Волгоградской области).

Для пациентов, направленных из других медицинских организаций для проведения диагностических исследований, в обязательном порядке оформляется амбулаторная карта.

Случаи выполнения вышеперечисленных медицинских услуг выставляются в реестре отдельными случаями.

В один случай могут быть объединены несколько диагностических услуг, сделанные пациенту в один день:

-компьютерная томография без контраста и компьютерная томография с контрастным усилением,

-магнитно-резонансная томография без контраста и магнитно-резонансная томография с контрастным усилением;

Правила заполнения полей в разделе «Сведения о случае»

«Условия оказания медицинской помощи» – амбулаторные;



«Вид помощи» - первичная медико-санитарная помощь;  
«Код МО, направивший на лечение (диагностику)» - заполняется реестровым кодом МО (Справочник F003). Для пациентов направленных из других МО реестровым кодом МО, направившей пациента на диагностику;

«Профиль»

- рентгенология;

«Номер истории болезни/амбулаторной карты»

- для амбулаторных пациентов из другой МО – номер амбулаторной карты пациента, оформленной в МО, проводящей вышеперечисленные медицинские услуги;

- для амбулаторных пациентов своей МО – номер его амбулаторной карты;

«Результат обращения» - «Лечение продолжено»;

«Исход» - без перемен;

«Специальность»

- рентгенология (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография, коронарография);

«Диагноз основной» - указывается диагноз из направления на проведение указанной услуги;

«Код способа оплаты» - лечебно-диагностическая процедура.

Все остальные поля реестра сведений заполняются в соответствии с утвержденным порядком.

При формировании реестра сведений за оказанную медицинскую помощь по гемодиализу в реестр сведений подлежат выставлению все случаи выполнения гемодиализа в амбулаторных условиях (в том числе застрахованным за пределами Волгоградской области). При этом учитываются требования, изложенные в письме «ТФОМС Волгоградской области» № 12-20-72 от 01.02.2013г.

Случаи выполнения гемодиализа выставляются в реестре отдельными случаями.

Правила заполнения полей в разделе «Сведения о случае»

«Условия оказания медицинской помощи» – амбулаторные;

«Вид помощи» - специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь;

«Код МО, направивший на лечение (диагностику)» - заполняется реестровым кодом МО (Справочник F003);

«Профиль»

- урология или нефрология (гемодиализ);

«Номер истории болезни/амбулаторной карты»

– номер амбулаторной карты пациента;

«Результат обращения» - «Лечение продолжено»;

«Исход» - без перемен;

«Специальность»

- урология или нефрология (гемодиализ);

«Диагноз основной» - указывается основной диагноз пациента;

«Код способа оплаты» - лечебно-диагностическая процедура.

Все остальные поля реестра сведений заполняются в соответствии с утвержденным порядком.

#### Стационарная медицинская помощь

При формировании счетов коды тарифов койко-дней и коды тарифов законченных случаев лечения в стационаре круглосуточного пребывания применяются медицинскими организациями в соответствии с фактически развернутыми в медицинской организации койками, согласно действующей лицензии.

Госпитализация больных должна проводиться в соответствии с профилем коек и «Схемой взаимосвязи перечней болезней и состояний пациентов, а также специальностей



врачей и профилей отделений стационара при оказании медицинской помощи в рамках Программы», ежегодно утверждаемой в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Волгоградской области медицинской помощи.

Количество дней лечения на профильной койке отделения стационара определяется исходя из дат поступления в отделение и выписки (перевода) из отделения, день поступления и выписки (перевода) считается за 1 день, причем день поступления считается датой оказания первой услуги.

При оказании медицинской помощи на профильной койке и на койке реанимации и интенсивной терапии в счет выставляется количество койко-дней профильной койки за все время лечения.

При оказании медицинской помощи только в отделении реанимации и интенсивной терапии, без последующего перевода в профильное отделение, в счет выставляется код законченного случая фактически развернутого отделения (коек), соответствующего основному заболеванию в соответствии со «Схемой взаимосвязи перечней болезней и состояний пациентов, а также специальностей врачей и профилей отделений стационара при оказании медицинской помощи в рамках Программы», являющейся приложением к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Волгоградской области медицинской помощи. В случае отсутствия профиля коек отделения, соответствующего схеме, в счет выставляется код законченного случая одного из фактически развернутых отделений данной медицинской организации.

При переводе пациента из одного профильного отделения в отделение другого профиля в счет формируется два отдельных случая.

Счет за пребывание одной и той же беременной женщины в отделении патологии беременности и ее же в родильном отделении должен выставляться отдельными законченными случаями или койко-днями.

Код законченного случая лечения в отделении патологии новорожденных следует использовать за оказание медицинской помощи новорожденным с патологией только в специализированных отделениях (на койках) больниц.

Все консультации специалистов, оказанные пациентам в стационаре, отдельно в счетах не выставляются, так как расходы на них уже учтены в тарифах законченных случаев лечения на профильных койках.

#### Медицинская помощь, предоставляемая в условиях дневных стационаров

При формировании счетов коды законченных случаев лечения применяются медицинскими организациями в соответствии с разрешенными лицензией профилями медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах, а также развернутыми койками (местами).

При переводе больного из круглосуточного стационара в дневной стационар случай лечения больного в круглосуточном стационаре закрывается, случай лечения больного в дневном стационаре формируется с момента начала лечения в дневном стационаре.

При переводе больного с амбулаторного лечения на лечение в дневной стационар при амбулаторно-поликлинической организации счета за амбулаторное лечение и лечение в дневном стационаре формируются отдельно.

#### Скорая медицинская помощь

При формировании счетов и реестров счетов медицинскими организациями скорой медицинской помощи используются коды тарифов по тем профилям и специальностям, которые оказываются в медицинской организации в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности.

Медицинская помощь оказывается в следующих формах:

экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;  
неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.  
Сведения о форме оказания скорой медицинской помощи заполняются в обязательном порядке.

Профиль, бригады оказывающей скорую медицинскую помощь, учитывается в кодах медицинских услуг (вызовов скорой медицинской помощи).

Порядок представления и регистрации счетов и реестров счетов за медицинскую помощь Медицинские организации ведут учет услуг, оказанных застрахованным лицам, формируют и выставляют в адрес страховых медицинских организаций счета и реестры счетов в соответствии с нормативными документами Федерального фонда обязательного медицинского страхования, а за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, в адрес «ТФОМС Волгоградской области».

Лицам, застрахованным за пределами Волгоградской области, медицинская помощь предоставляется в рамках Базовой программы ОМС, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации.

Счета и реестры счетов за оказание медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Волгоградской области, все медицинские организации представляют на регистрацию в отдел межтерриториальных расчетов ТФОМС по форме утвержденной Федеральным фондом ОМС.

ТФОМС в течение 25 дней проводит экспертизу предъявленных счетов и реестров в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и оплату их, а затем выставляет счета и реестры счетов в адрес территориальных фондов других регионов Российской Федерации.

Счета и реестры счетов выставляются медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Волгоградской области.

Медицинские организации, заключившие с ТФОМС «Соглашение о защищенном информационном взаимодействии между государственным учреждением «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области» и медицинской организацией представляют реестры сведений, счета и реестры счетов по каналам связи сети «ViPNet», а счета и реестры счетов на бумажных носителях в ТФОМС или соответствующие филиалы не реже 1 раза в месяц, но не позднее 10 дня месяца следующего за отчетным. Медицинские организации не участвующие в защищенном информационном взаимодействии представляют счета и реестры счетов на съемных магнитных носителях и на бумажных носителях не реже 1 раза в неделю.

При предоставлении медицинскими организациями сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по программе ОМС, в ТФОМС и его филиалах проводится форматно-логический контроль, идентификация страховой принадлежности застрахованного лица (установление фактического плательщика за оказанную медицинскую помощь) и технологический контроль, т.е. проверка полноты и корректности заполнения полей счетов в электронном формате. На основании проведенных действий формируются и отправляются в медицинские организации протоколы обработки реестров сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам и сведения с установленной страховой принадлежностью и результатами технологического контроля.

На основании полученных от ТФОМС сведений медицинские организации формируют счета и реестры счетов в электронном и бумажном формате и направляют их в ТФОМС для регистрации и передачи в СМО.

Все зарегистрированные счета и реестры счетов от медицинских организаций в электронном формате ежедневно, а на бумажных носителях, не реже одного раза в неделю (месяц) передаются страховым медицинским организациям, для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в рамках программ обязательного медицинского страхования в соответствии с «Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», установленным Федеральным фондом обязательного медицинского страхования для оплаты в установленном порядке.

Прием сведений об оказанной медицинской помощи, счетов и реестров счетов медицинских организаций в адрес СМО осуществляется по территориальному признаку в филиалах ТФОМС в соответствии со следующей схемой:

Волгоградский филиал ТФОМС.

К Волгоградскому филиалу относятся медицинские организации, расположенные на территории г. Волгограда, Дубовского, Городищенского, Иловлинского, Котельниковского, Октябрьского и Светлоярского муниципальных районов Волгоградской области. Счета и реестры счетов медицинских организаций, подведомственных Волгоградскому филиалу, представляются для регистрации в отдел межтерриториальных расчетов ТФОМС.

Заволжский филиал ТФОМС.

К Заволжскому филиалу относятся медицинские организации, расположенные на территории г. Волжского, Быковского, Ленинского, Николаевского, Палласовского, Старополтавского, Среднеахтубинского муниципальных районов Волгоградской области. Счета и реестры счетов данных медицинских организаций, подведомственных Заволжскому филиалу, представляются для регистрации в Заволжский филиал.

Северный филиал ТФОМС.

К Северному филиалу относятся медицинские организации, расположенные на территории г. Камышина, Жирновского, Камышинского, Котовского, Ольховского, Руднянского муниципальных районов Волгоградской области. Счета и реестры счетов медицинских организаций, подведомственных Северному филиалу, представляются для регистрации в Северный филиал.

Медведицкий филиал ТФОМС.

К Медведицкому филиалу относятся медицинские организации, расположенные на территории г. Михайловки, г. Фролово, Даниловского, Еланского, Киквидзенского, Кумылженского, Михайловского, Новоаннинского, Серафимовичского и Фроловского муниципальных районов Волгоградской области. Счета и реестры счетов медицинских организаций, подведомственных Медведицкому филиалу, представляются для регистрации в Медведицкий филиал.

Хоперский филиал ТФОМС.

К Хоперскому филиалу относятся медицинские организации, расположенные на территории г. Урюпинска, Алексеевского, Нехаевского, Новониколаевского и Урюпинского муниципальных районов Волгоградской области. Счета и реестры счетов медицинских организаций, подведомственных Хоперскому филиалу, представляются для регистрации в Хоперский филиал.

Южный филиал ТФОМС.

К Южному филиалу относятся медицинские организации, расположенные на территории Калачевского, Клетского, Суровикинского, Чернышковского муниципальных районов Волгоградской области. Счета и реестры счетов медицинских организаций, подведомственных Южному филиалу, представляются для регистрации в Южный филиал.

