

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**  
**к ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ**  
**о стоимости и порядке оплаты медицинских услуг, предоставляемых по**  
**Территориальной программе обязательного медицинского страхования**  
**Магаданской области в 2016 году**

№ 8

«01» ноября 2016 года

Министерство здравоохранения и демографической политики Магаданской области, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Магаданской области, представители страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование на территории Магаданской области, медицинских профессиональных некоммерческих организаций, профессиональных союзов медицинских работников, включенными в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, заключили настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению о стоимости и порядке оплаты медицинских услуг, предоставляемых по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Магаданской области в 2016 году от 01.02.2016 года (далее – Соглашение), о нижеследующем:

1. Тарифное соглашение о стоимости и порядке оплаты медицинских услуг, предоставляемых по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Магаданской области в 2016 году от 01.02.2016 года изложить в новой редакции:

**I. Раздел «Общие положения»**

1. Тарифное соглашение о стоимости и порядке оплаты медицинских услуг, предоставляемых по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Магаданской области (далее – СОГЛАШЕНИЕ), разработано в соответствии с:

- Конституцией Российской Федерации;
- Гражданским кодексом Российской Федерации;
- Бюджетным кодексом Российской Федерации;
- Трудовым кодексом Российской Федерации;
- Налоговым кодексом Российской Федерации;
- Федеральным законом от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Федеральным законом от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. N 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования»;
- приказом Минздрава России от 06.08.2015 N 536н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н";
- приказом ФФОМС от 01.12.2010 N 230 (ред. от 16.08.2011) "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления

медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 28.01.2011 N 19614);

– письмом ФФОМС от 18.07.2012 № 5187/21-4/и «О направлении Проекта методических рекомендаций по включению в тариф на оплату медицинской помощи затрат, необходимых для деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемым в процессе оказания медицинской помощи, а также затрат на приобретение оборудования»;

– приказом ФФОМС от 18.11.2014 года № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

– постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»;

– письмом Минздрава России № 11-9/10/2-7796 от 21.12.2015 года «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»;

– «Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», направленных в субъекты РФ совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2015 г. № 11-9/10/2-7938 и Федерального фонда ОМС от 24.12.2015 № 8089/21-и

– постановлением Правительства Магаданской области от 31.12.2015г. № 931-пп «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Магаданской области на 2016 год»;

– приказом Минздрава РСФСР от 02.08.1991 № 132 «О совершенствовании службы лучевой диагностики»;

– приказом Минздрава РФ от 25.12.1997 № 380 «О состоянии и мерах по совершенствованию лабораторного обеспечения диагностики и лечения пациентов в учреждениях здравоохранения»;

– приказом Минздравмедпрома РФ от 31.05.1996 N 222 "О совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях здравоохранения Российской Федерации"

- приказом Приказ Минздравмедпрома РФ от 05.04.1996 N 128 "О дополнении к приказу Минздрава РСФСР от 02.08.1991 N 132 "О совершенствовании службы лучевой диагностики"

– приказом Минздравсоцразвития РФ от 19.08.2009 № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»;

– Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи», зарегистрированным в Министерстве юстиции Российской Федерации 4 июня 2012 г. № 24440.

2. Тарифы на медицинскую помощь являются предметом соглашения между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации (Министерство здравоохранения и демографической политики Магаданской области), Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Магаданской области, страховыми медицинскими организациями, осуществляющими обязательное медицинское

страхование на территории Магаданской области, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, профессиональными союзами медицинских работников, включенными в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

### 3. Порядок оплаты медицинской помощи

3.1. На территории Магаданской области оплата медицинской помощи из средств ОМС производится:

- страховыми медицинскими организациями за оказанные медицинские услуги застрахованным гражданам на основании договора с медицинскими организациями на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
- территориальным фондом ОМС в соответствии с разделом IX Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н.

3.2. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования медицинскими организациями, производится страховыми медицинскими организациями на основании Договора на предоставление медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным настоящим Соглашением.

3.3. Оплата медицинской помощи (медицинских услуг) оказанной застрахованному лицу производится ежемесячно за счет средств системы обязательного медицинского страхования, направляемых на финансирование Территориальной программы обязательного медицинского страхования, на основании признанных достоверными счетов за оказанные медицинские услуги гражданам в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования.

3.4. Медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования и оказавшая медицинскую помощь застрахованному лицу, формирует и направляет счет и реестр счета за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в страховую медицинскую организацию не позднее пяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи.

3.5. Медицинские организации в обязательном порядке направляют в страховые медицинские организации реестры счетов в электронном виде, с документальным подтверждением в виде счета на бумажном носителе. Страховой медицинской организацией проводится проверка реестров счетов в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС (далее по тексту Порядок КОСКУ), утвержденному Приказом ФФ ОМС № 230 от 01.12.2010 года.

3.6. Формирование счетов на оплату медицинских услуг, предоставляемых медицинскими организациями, следует осуществлять в рамках территориальной программы

обязательного медицинского страхования, в соответствии с тарифами, установленными в [Приложениях №№ 1-2, 13-17](#) к настоящему Соглашению.

3.7. Медицинские организации Магаданской области должны представлять на оплату в страховые медицинские организации счета и реестры счетов за оказанную медицинскую помощь гражданам Магаданской области с разбивкой по видам помощи, т.е.: стационарная помощь – один счет; стационарно-замещающая (дневной стационар) – второй счет; амбулаторно-поликлиническая помощь – третий счет (программа «ВИЗИТ»).

3.8. По межтерриториальным расчётам медицинские организации представляют один единый счет на оплату медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях Магаданской области лицам, получившим полис обязательного медицинского страхования на других территориях.

3.9. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам, производится страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом обязательного медицинского страхования Магаданской области после проведения контрольных мероприятий в соответствии с порядком КОСКУ и применением финансовых санкций в соответствии с [Приложением № 11](#) к настоящему Соглашению, по тарифам, действующим на дату выписки пациента.

3.10. Оплата медицинской помощи осуществляется по тарифам на оплату медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями, работающими в системе обязательного медицинского страхования Магаданской области, предоставляемых в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с [Приложением № 1](#) к настоящему Соглашению, в том числе оплата медицинской помощи оказанной иногородним гражданам.

3.11. Структура тарифа включает в себя расходы на заработную плату (в том числе: выплаты в рамках оказания дополнительной медицинской помощи врачебному персоналу (участковые врачи терапевты, участковые врачи педиатры) и соответствующим участковым медицинским сестрам, а так же врачам и медицинским сестрам общей практики; выплаты медицинскому персоналу (врачебный, средний медперсонал) станций (отделений) скорой медицинской помощи; выплаты медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, выплаты врачебному и среднему медицинскому персоналу в рамках повышения доступности оказания амбулаторной медицинской помощи), начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования

стоимостью (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей.

Объектом основных средств является объект со всеми приспособлениями и принадлежностями или отдельный конструктивно обособленный предмет, предназначенный для выполнения определенных самостоятельных функций, или же обособленный комплекс конструктивно-сочлененных предметов, представляющих собой единое целое и предназначенных для выполнения определенной работы.

Комплекс конструктивно-сочлененных предметов - это один или несколько предметов одного или разного назначения, имеющих общие приспособления и принадлежности, общее управление, смонтированные на одном фундаменте, в результате чего каждый входящий в комплекс предмет может выполнять свои функции только в составе комплекса, а не самостоятельно. Все перечисленные выше комплектующие приобретаются в рамках одного создаваемого объекта основных средств.

Приобретение одного объекта основных средств в разрезе комплектующих до 100000 рублей не допускается, и будет считаться нецелевым использованием средств. Правомерно приобретение вышедшей из строя составляющей объекта основных средств.

3.12. Формирование счета за оказанные медицинские производится в соответствии с Приложениями №№ 7, 8, 9, 18 настоящего Соглашения.

3.13. В случае отсутствия у медицинской организации, участвующей в оказании медицинской помощи лицензии по отдельным видам работ (услуг), необходимым для осуществления медицинской помощи в полном объеме, либо необходимого оборудования и (или) специалиста (при наличии соответствующей лицензии), данная медицинская организация заключает договор о привлечении соответствующих медицинских работников или выполнения диагностического исследования с иной медицинской организацией. В этом случае средства, заработанные за оказанные услуги (посещения) относятся на подстатью 226 «Прочие работы, услуги».

3.14. Авансирование медицинских организаций, осуществляется на основании заявки предоставляемой медицинской организацией в адрес страховых медицинских организаций в разрезе:

- тарифов на оплату медицинских услуг;
- расходов на оказание скорой медицинской помощи.

3.15. Индексация тарифов на медицинские услуги производится в пределах имеющихся фактических финансовых ресурсов системы обязательного медицинского страхования.

При изменении базовой ставки тарифов (размера базовой ставки подушевого норматива финансирования), издаются дополнения к Соглашению, которым присваивается номер и указывается дата введения в действие. Очередные редакции Соглашения либо дополнений к Соглашению вводятся в действие по согласованию Сторон, подписывающих Соглашение.

Корректировка базовой ставки тарифов на медицинские услуги производится на основании:

- увеличения (уменьшения) доходной части бюджета территориального фонда ОМС Магаданской области;
- изменения Территориальной программы обязательного медицинского страхования Магаданской области (в т.ч. территориальных нормативов объемов медицинской помощи).

3.16. Тарифы являются денежными суммами, определяющими уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинских организаций по выполнению территориальной программы обязательного медицинского страхования Магаданской области в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

3.17. Способы оплаты медицинской помощи, размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются в зависимости от условий оказания медицинской помощи, определенных частью 3 статьи 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

- вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

3.18. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцированно для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций:

- оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь в пределах муниципального района, а также внутригородского района (1-й уровень);
- оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь в пределах нескольких муниципальных районов и в городских округах, в том числе городских округах с внутригородским делением (2-ой уровень);
- оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь в пределах субъекта Российской Федерации, а также в пределах нескольких субъектов Российской Федерации (3-й уровень).

3.19. При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи допускается дифференциация тарифов на оплату медицинской помощи в части их размера и структуры с учетом объективных критериев: вида медицинской помощи, радиуса обслуживаемого участка, уровня расходов на содержание имущества на единицу объема медицинской помощи, достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации и соблюдения условия недопущения снижения уровня заработной платы в 2016 году относительно фактических показателей за 2015 год.

3.20. При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской

помощи применяется коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 20, ст. 2559; № 37, ст. 5002; 2013, № 45, ст. 5821), который для Магаданской области на 2016 год составляет 2,702, в том числе для медицинских организаций Магаданской области, кроме Северо-Эвенского района – 2,7, для Северо-Эвенского района 2,82.

3.21. Шкала тарифов предусматривает компенсацию затрат по клинико-профильным группам заболеваний, врачебным специальностям и специалистам со средним медицинским образованием, ведущим самостоятельный приём, включая распределенные по клинико-профильным группам заболеваний и врачебным специальностям, расходов реанимационных, анестезиологических, лечебных манипуляций, диагностических исследований, медицинских услуг параклинических подразделений, а так же общеучрежденческих расходов (АУП, ХОП, общебольничный персонал).

3.22. Включение в тариф тех или иных затрат производится на основании Программы государственных гарантий.

3.23. В случае не предоставления медицинской организацией счёта и реестра счёта за медицинскую помощь, оказанную в 2016 году, до 01 февраля 2017 года, счёта и реестры счётов за оказанную медицинскую помощь приниматься к оплате не будут.

3.24. В целях реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Магаданской области на 2016 год, утвержденной постановлением правительства Магаданской области от 31.12.2015г. № 931-пп (с последующими изменениями), утвердить на 2016 год, согласно приложениям №№ 1 – 21 к настоящему Соглашению:

- Тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями, работающими в системе обязательного медицинского страхования Магаданской области, предоставляемых в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, действующие с 01.01.2016 года, согласно Приложению № 1 к настоящему Соглашению;
- Стоимость затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего, в том числе методы лечения), финансирование которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, действующие с 01.01.2016 года, согласно Приложению № 2 к настоящему Соглашению;
- Классификатор основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ) на взрослом и детском приеме для медицинских организаций Магаданской области, согласно Приложению № 3 к настоящему Соглашению;

- Методику расчёта тарифов на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования Магаданской области на 2016 год, согласно Приложению № 4 к настоящему Соглашению;
- Реестр-счетов на оплату за оказанную скорую медицинскую помощь согласно Приложению № 5;
- «Информация о количестве и структуре вызовов скорой медицинской помощи, не подлежащих оплате за счёт средств ОМС» согласно Приложению № 6;
- Форма счёта за оказанные услуги скорой медицинской помощи согласно Приложению № 7;
- Форма счёта за оказанные услуги по медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара, медицинской помощи предоставляемой в условиях дневных стационаров согласно Приложению № 8;
- Форма счёта за оказанные услуги по амбулаторной медицинской помощи согласно Приложению № 9;
- Средние сроки госпитализации по клинико-профильным группам согласно Приложению № 10;
- Перечень оснований для отказа в оплате (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества согласно Приложению № 11;
- Порядок установления выплат стимулирующего характера отдельным категориям медицинских работников на 2016 год согласно Приложению № 12;
- Порядок оплаты диспансеризации определенных групп взрослого населения Магаданской области на 2016 год согласно Приложению № 13;
- Порядок оплаты диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях Магаданской области детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации на 2016 год согласно Приложению № 14;
- Порядок оплаты диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью на 2016 год согласно Приложению № 15;
- Порядок оплаты профилактических медицинских осмотров взрослого населения на 2016 год, согласно Приложению № 16;
- Порядок оплаты прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них на 2016 год согласно Приложению № 17.

- Размер ежемесячного финансового обеспечения медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь за счет средств обязательного медицинского страхования в 2016 году, в том числе в разрезе страховых медицинских организаций согласно Приложению № 18.
- Предельный размер финансового обеспечения медицинских организаций, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, имеющих прикрепившихся лиц, согласно Приложению № 19.
- Регламент предоставления сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинской организации, врачу и среднему медицинскому персоналу, получаемых территориальным фондом обязательного медицинского страхования из страховых медицинских организаций и медицинских организаций, согласно Приложению № 20.
- Порядок маршрутизации пациентов с подозрением на онкологическое заболевание и в случаях выявления злокачественных новообразований в медицинских организациях Магаданской области, согласно Приложению № 21.

#### 4. Основные термины и определения.

ОМС	- обязательное медицинское страхование
ТПОМС	- Территориальная программа обязательного медицинского страхования
Программа государственных гарантий	- Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382
Соглашение	- Тарифное соглашение о стоимости и порядке оплаты медицинских услуг, предоставляемых по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Магаданской области
Правила ОМС	- Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.201 №158н (с изменениями)
СМО	- Страховая медицинская организация
МО	- медицинская организация
Комиссия	- Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования
МКБ- 10	- Международная классификация болезней
КСГ	- Клинико - статистическая группа
КПГ	- Клинико профильная группа
УЕТ	- Условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи
ВМП	- Высокотехнологичная медицинская помощь
МЭК	- Медико-экономический контроль
МЭЭ	- Медико-экономическая экспертиза
ЭКМП	- Экспертиза качества медицинской помощи
ТФОМС	- Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Магаданской области
Минздрав Магаданской	- Министерство здравоохранения и демографической

области	политики Магаданской области
ФФОМС	- Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
СМП	- Скорая медицинская помощь

## **II. Раздел «Способы оплаты медицинской помощи»**

1. При реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Магаданской области в 2016 году применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации:

- 1.1. при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:
  - по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);
  - за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);
  - за законченный случай диспансеризации или профилактического медицинского осмотра отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;
  - стоматологическая помощь - по стоимости одной условной единицы трудоемкости (УЕТ);
- 1.2. при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-профильную группу заболеваний);
- 1.3. при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-профильную группу заболеваний);
- 1.4. 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), осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

### **2. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:**

2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), в том числе:

а) оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями имеющими прикрепленное население осуществляется по подушевому

нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

б) оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями не имеющими прикрепленного населения, осуществляется за единицу объема медицинской помощи:

- стоимость 1 посещения с профилактической и иной целью;
- стоимость 1 посещения с целью оказания неотложной помощи;
- стоимость 1 обращения по заболеванию;
- стоимость 1 медицинской услуги (исследования);
- стоимость 1 УЕТ, при оказании стоматологической помощи;
- стоимость законченного случая при оплате диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами.

с) оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляется за единицу объема медицинской помощи:

- стоимость 1 посещения с профилактической и иной целью;
- стоимость 1 посещения с целью оказания неотложной помощи;
- стоимость 1 обращения по заболеванию;
- стоимость 1 медицинской услуги (исследования);
- стоимость 1 УЕТ, при оказании стоматологической помощи.

2.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) участвующих в реализации ТПОМС на 2016 год, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, включающий:

2.2.1. Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи (Таблица 1):

Таблица 1

№ п/п	Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц
1.	ГБУЗ «Магаданская областная детская больница»
2.	МОГБУЗ «Поликлиника № 1»
3.	МОГБУЗ «Поликлиника № 2»
4.	МОГБУЗ «Поликлиника № 3»
5.	МОГБУЗ «МСЧ «Авиамедицина»
6.	МОГБУЗ «Ольская РБ»
7.	МОГБУЗ «Омсукчанская РБ»
8.	МОГБУЗ «Тенькинская РБ»
9.	МОГБУЗ «Среднеканская РБ»

№ п/п	Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц
10.	МОГБУЗ «Сусумнская РБ»
11.	МОГБУЗ «Хасынская РБ»
12.	МОГБУЗ «Ягоднинская РБ»

2.2.2. Медицинские организации, участвующие в реализации ТПОМС на 2016 год, имеющие и не имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых, осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), за УЕТ, за стоимость законченного случая при оплате диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан (Таблица 2):

Таблица 2

№ п/п	Наименование медицинской организации	Уровень оказания медицинской помощи
1.	ГБУЗ «Магаданская областная больница»	3
2.	ГБУЗ «Магаданский областной онкологический диспансер»	2
3.	ГБУЗ «Магаданский областной центр медицинской профилактики»	1
4.	ГБУЗ «Магаданская областная детская больница»	1
5.	ОГБУЗ «Магаданский родильный дом»	1
6.	МОГБУЗ «МСЧ «Авиамедицина»	1
7.	МОГБУЗ «Поликлиника №1»	1
8.	МОГБУЗ «Поликлиника №2»	1
9.	МОГБУЗ «Поликлиника №3»	1
10.	МОГБУЗ «Стоматологическая поликлиника»	1
11.	МОГБУЗ "Ольская РБ"	1
12.	МОГБУЗ "Среднеканская РБ"	1
13.	МОГБУЗ Тенькинская РБ"	1
14.	МОГБУЗ "Хасынская РБ"	1
15.	МОГБУЗ "Ягоднинская РБ"	1
16.	МОГБУЗ «Сусуманская РБ»	1
17.	МОГБУЗ «Северо-Эвенская РБ»	1
18.	МОГБУЗ «Омсукчанская РБ»	1
19.	ФКУЗ «МСЧ МВД России по Магаданской области»	1
20.	ООО «Дантист-Плюс»	1
21.	ООО «Дантист»	1
22.	ООО «Вита-Дент»	1
23.	ООО «Вита»	1
24.	ООО «Доктор-Вебер»	1
25.	ООО «Крисал-Стома»	1
26.	ООО «Добрый Стоматолог Плюс»	1
27.	ООО «Дантист XXI век»	1
28.	ООО «Улыбка»	1
29.	ООО «Леге-Артис»	1
30.	ООО «Юнилаб-Хабаровск»	1

2.3. Перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу:

2.3.1. Перечень видов медицинской помощи - первичная медико-санитарная помощь, в том числе: первичная врачебная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь, первичная доврачебная медико-санитарная.

2.3.2. Форма оказания медицинской помощи – плановая.

2.3.3. Единица объема медицинской помощи – посещение, обращение (в том числе посещение учреждения здравоохранения и посещение на дому).

2.4. Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи.

2.4.1. В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются:

- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;
- медицинские услуги (исследования), для медицинских организаций, которым установлены объемы на самостоятельные диагностические услуги;
- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме.

2.4.2. Распределение застрахованных лиц по медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, устанавливается на 01 января 2016 года.

2.4.3. При установлении размера норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, применяются половозрастные коэффициенты дифференциации. Для определения половозрастных коэффициентов дифференциации численность застрахованных лиц распределяется на следующие половозрастные группы:

- ноль - один год мужчины/женщины;
- один год - четыре года мужчины/женщины;
- пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;
- восемнадцать лет - пятьдесят девять лет мужчины;
- восемнадцать лет - пятьдесят четыре года женщины;
- шестьдесят лет и старше мужчины;
- пятьдесят пять лет и старше женщины.

2.4.4. Медицинские организации, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, формируют реестр счетов и счет на оплату медицинской помощи, оказанную в амбулаторных условиях в которых отражают все выполненные единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

2.4.5. Фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, складывается исходя из фактически оказанных объемов медицинской помощи и не может превышать предельный размер финансового обеспечения,

рассчитанный по подушевому нормативу финансирования. Предельный размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, установлен в Приложении № 19 к настоящему Соглашению.

2.4.6. В случае обоснованного превышения распределенных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов медицинской помощи по решению Комиссии допускается оплата медицинской помощи в пределах 10% сверх предельного размера финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц. Финансовое обеспечение соответствующих расходов осуществляется в случае невыполнения распределенных объемов медицинской помощи за счет экономии имеющихся средств либо в случае выполнения распределенных объемов – за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования Магаданской области. При этом выполнение объемов учитывается нарастающим итогом с начала года.

2.4.7. В состав подушевого норматива финансирования входят: заработная плата, в том числе: выплаты врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях; выплаты медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, выплаты врачебному и среднему медицинскому персоналу в рамках повышения доступности оказания амбулаторной медицинской помощи, прочие выплаты, начисления на оплату труда, приобретение мягкого инвентаря, приобретение медицинского инструментария; прочих материальных запасов, расходы на оплату анализов и инструментальных исследований, производимых в других медицинских учреждениях (при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей.

2.5. Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение.

2.5.1. Оплата медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи осуществляется за:

- посещение с профилактической и иной целью;
- посещение, оказываемое в неотложной форме;
- обращение в связи с заболеванием (законченный случай);

- законченный случай при оплате диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан
- простую услугу, выраженную в условных единицах трудоемкости, при зубоврачебном и стоматологическом посещениях в соответствии с «Классификатором основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ), в медицинских организациях Магаданской области на взрослом и детском приеме»;
- за медицинскую услугу (только для медицинских организаций, которым установлены объемы на самостоятельные диагностические услуги);
- комплексное обследование в Центре здоровья для детей;
- комплексное обследование в Центре здоровья для взрослого населения.

2.5.2. Тарифы на амбулаторную медицинскую помощь за врачебное посещение с профилактической и иной целью и за обращение по поводу заболевания, устанавливаются с учётом врачебной специализации.

2.5.3. Тарифы на амбулаторную медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме, устанавливаются едиными для врачей всех специальностей.

2.5.4. В тариф врачебного посещения (обращения) входит стоимость: услуги врачебного осмотра (первичного или повторного), назначенные врачом по результатам последнего и зафиксированные в медицинской карте пациента профилактические, лечебные, диагностические услуги (диагностика лабораторная, в т.ч. клинико-диагностические, бактериологические, иммуносерологические, цитологические исследования и т.п.), услуги вспомогательных служб (процедурный кабинет, в отделении физиотерапии – кабинеты по видам физиотерапевтической помощи, в том числе кабинет массажа, лечебной физкультуры и т.п.) и т.д.

Все услуги, относящиеся к врачебному посещению (оказанные непосредственно врачом, услуги, оказанные по его назначению, результаты проведенных исследований) должны быть зафиксированы в медицинской карте с определением состояния организма пациента и последующими рекомендациями: профилактика, диагностика или лечение определенного заболевания. Отсутствие в медицинской карте записи, отражающей врачебный осмотр, консультацию пациента, результатов проведенных исследований является основанием для отказа в оплате посещения.

2.5.5. В тариф посещения (обращения) среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный приём, входит стоимость услуги осмотра медицинским персоналом (установление диагноза, назначение лечения, динамическое наблюдение), назначенные по результатам осмотра и зафиксированные в медицинской документации пациента лечебные (инъекции, физиотерапевтические процедуры, массаж, лечебная физкультура) и диагностические услуги (лабораторные исследования, лучевая (рентгенологическая) и функциональная диагностика).

Отсутствие в медицинской карте записи, отражающей осмотр средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный приём, результатов проведенных исследований, отметки о проведенных лечебных процедурах и т.п. являются основанием для отказа в оплате посещения.

2.5.6. Объем медицинской помощи с профилактической и иными целями включает посещения:

- а) центров здоровья;

- б) в связи с диспансеризацией определенных групп населения;
- в) в связи с диспансерным наблюдением;
- г) в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, патронажем;
- д) медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;
- е) с иными целями (разовые посещения по поводу заболевания, посещения, связанные с направлением на госпитализацию, в дневной стационар, получением справки, санаторно-курортной карты и других медицинских документов);

Если врач при проведении профилактического осмотра только заподозрил заболевание, но диагноза не поставил и направил пациента к соответствующему специалисту для установки диагноза, посещение у врача, проводившего осмотр, должно быть учтено как посещение с профилактической целью. Посещение же у консультирующего специалиста в случае установления диагноза должно быть учтено как посещение по поводу заболевания.

*2.5.7. К неотложной медицинской помощи* относится медицинская помощь, которая оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи. Оказание неотложной медицинской помощи лицам, обратившимся с признаками неотложных состояний, может осуществляться в амбулаторных условиях или на дому при вызове медицинского работника.

Неотложная медицинская помощь может оказываться в качестве первичной доврачебной медико-санитарной помощи фельдшерами, а также в качестве первичной врачебной медико-санитарной помощи врачами-специалистами.

Первичная медико-санитарной помощь в неотложной форме может оказываться в приемных отделениях стационаров, больным, не подлежащим госпитализации. Для учета случаев оказания первично-медико-санитарной в приемных отделениях стационаров больным, не подлежащим госпитализации, помимо записи в "Журнале учета приема больных и отказов в госпитализации" (ф. N 001/у), заполняется N 039/у-02.

В случае оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме разными врачами-специалистами одновременно при одном обращении учету и оплате подлежит одно посещение

*2.5.8. При оплате амбулаторной медицинской помощи по законченному случаю лечения заболевания за основу принимается обращение по поводу заболевания, как совокупность медицинских услуг (т.е. обращение является законченным случаем лечения). При этом заболевания группируются в обращение по поводу заболевания по специальностям.*

Среднее количество посещений по поводу заболевания в одном обращении 2,9.

Обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания. Обращение как законченный случай складывается из первичных и повторных посещений.

Под законченным случаем в амбулаторных условиях понимается объём лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона амбулаторного пациента только при последнем посещении больного по данному заболеванию.

К посещениям по поводу заболеваний относятся:

- посещения, когда у обратившегося выявлено заболевание;
- посещения для лечения;
- посещения диспансерным контингентом в период ремиссии;
- посещения больными в связи с открытием листка нетрудоспособности;
- получения справки о болезни ребенка.

Заболевания, которые могут возникнуть у одного человека заново несколько раз (ангина, острое воспаление верхних дыхательных путей, абсцессы, травмы и т.д.), всякий раз при новом возникновении считаются впервые выявленными.

Для пациентов направленных на амбулаторный этап лечения после лечения в стационаре круглосуточного или дневного пребывания, обращением по заболеванию считать одно обращение в месяц.

Если длительность лечения по заболеванию превышает один месяц и включает в себя более двух посещений ежемесячно (травмы, инсульты, инфаркты и т.п.), в таком случае следует каждый месяц закрывать как одно обращение по заболеванию, указав в исходе заболевания «улучшение», либо «динамическое наблюдение».

Однократное посещение по поводу заболевания, подлежит оплате по тарифу одного посещения с профилактической и иной целью к соответствующему врачу специалисту.

*2.5.9. При этом учету по ОМС и оплате подлежат следующие посещения:*

- врачей любых специальностей, ведущих амбулаторный прием, в том числе консультативный и посещения на дому (за исключением социально-значимых заболеваний);
- врачей, оказывающих медицинскую помощь в специально выделенные для амбулаторного приема дни, при выездах в другие медицинские организации (районные больницы, участковые больницы и амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты);
- консультации амбулаторных больных врачами стационара, с соответствующей записью в ф № 39/у-02;
- профилактические осмотры определенных групп населения, перечень которых устанавливается в Программе государственных гарантий оказания гражданам Магаданской области бесплатной медицинской помощи;
- посещение больного или родственника больного для повторной выписки рецепта;
- патронажное посещение здоровых детей первого года жизни;
- профилактические осмотры при решении вопроса о проведении профилактических прививок;
- посещение беременных при нормальной беременности; посещения женщин, обратившихся за направлением на медицинский аборт; по поводу медицинских

абортов, проводимых в амбулаторных условиях, применения противозачаточных средств; после медицинских абортов в стационаре;

- фельдшеров, акушеров, других медицинских работников со средним медицинским образованием фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций, отделений (кабинетов) медицинской профилактики, центров здоровья ведущих самостоятельный приём.

*2.5.10. Не подлежат учету по ОМС и оплате по тарифам за врачебное посещение:*

- случаи поликлинических посещений в период лечения в дневном стационаре данной медицинской организации, при условии, соответствия наименования специальности врача амбулаторного приема профилю коек дневного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара);
- консультации и экспертизы, проводимые клинико-экспертными комиссиями (КЭК);
- посещения к врачам вспомогательных отделений (кабинетов);
- случаи оказания медицинской помощи на занятиях физической культурой, учебно-спортивных мероприятиях;
- случаи оказания медицинской помощи при тяжелом повреждении здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
- амбулаторные посещения в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления, дня выписки из стационара), а также консультации в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи, за исключением случаев оказания экстренной (неотложной) стоматологической помощи;
- повторное посещение врача одной и той же специальности в один день в одной медицинской организации при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.

*2.5.11. Оплата посещений (консультаций), выполненных специалистами других медицинских организаций в период пребывания больного в круглосуточном стационаре, при отсутствии специалиста данного профиля в медицинской организации, производится за счёт средств полученных за законченный случай госпитализации данного пациента, согласно заключенным договорам (контрактам) в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.*

При осуществлении расчетов за оказанные консультативные услуги (посещения) между учреждениями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Магаданской области, рекомендуются при заключении договоров (контрактов) применять тарифы на оказание амбулаторной медицинской помощи с профилактической и иной целью, установленные в Приложении № 1 к настоящему Соглашению.

*2.5.12. Для ГБУЗ «Магаданский областной центр медицинской профилактики», в составе которого на функциональной основе созданы отделения Центр здоровья для детей и Центр здоровья для взрослого населения, единицей объема первичной медико-санитарной помощи является оплата стоимости комплексной обследования в Центре*

здоровья (первичное посещение) и оплата посещения с целью динамического наблюдения (повторное посещение).

В тариф на оплату комплексного обследования в «Центре здоровья для взрослого населения» входит стоимость: измерения роста и веса, тестирования на аппаратно-программном комплексе для скрининг – оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма, скрининга сердца компьютеризированного (экспресс- оценка состояния сердца по ЭКГ – сигналам от конечностей), ангиологического скрининга с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчета плече-лодыжечного коэффициента, экспресс анализа для определения общего холестерина и глюкозы в крови, комплексной детальной оценки функциональной дыхательной системы (спирометр компьютеризированный), пульсоксиметрия, биоимпедансметрия, диагностику кариеса зубов, болезней пародонта, некариозных поражений, болезней слизистой оболочки и регистрацию стоматологического статуса пациента, проверка остроты зрения, рефрактометрию, тонометрию, исследование бинокулярного зрения, определение вида и степени аметропии, наличия астигматизма), осмотр врача-терапевта.

При наличии показаний определяемых врачом в программу комплексного обследования в «Центре здоровья для взрослого населения» могут быть включены следующие дополнительные исследования: исследование на наличие наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов в биологических средах организма, определение окиси углерода в выдыхаемом воздухе (смокелайзер), анализ котинина и других биологических маркеров в моче и крови.

В тариф на оплату комплексного обследования в «Центре здоровья для детей» входит стоимость: измерения роста и веса, тестирования на аппаратно-программном комплексе для скрининг – оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма, экспресс-анализ определения глюкозы в крови, комплексной детальной оценки функциональной дыхательной системы (спирометр компьютеризированный), диагностику кариеса зубов, болезней пародонта, некариозных поражений, болезней слизистой оболочки и регистрацию стоматологического статуса пациента, осмотр врача-педиатра.

По показаниям пациент может быть направлен на дополнительную консультацию к врачам-специалистам Консультативного кабинета ГБУЗ «Магаданский областной центр медицинской профилактики», оплата которой осуществляется по тарифам профилактического посещения к врачу-специалисту.

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в Центрах здоровья, осуществляется за счет средств системы обязательного медицинского страхования на основе счетов реестров, заполненных в соответствии с Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (X пересмотра) по классу «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения (z00-z99)».

Не подлежат учету по обязательному медицинскому страхованию и оплате случаи первичных обращений для комплексного обследования одним и тем же гражданином более одного раза в году.

В случае выявления в реестрах счетов фактов 2-х первичных обращений в Центры здоровья в разные месяцы отчетного года, отклоняются от оплаты первичные обращения, проведенные в более поздний срок.

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в Центрах здоровья гражданам, не подлежащим обязательному медицинскому страхованию, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

*2.5.13. Оплата простой услуги, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ), осуществляется по согласованным тарифам за 1 условную единицу трудоемкости (УЕТ) при стоматологическом и зубоорачебном посещении стоматологических поликлиник (отделений, кабинетов), в том числе расположенных в участковых больницах и амбулаториях.*

При переводе стоматологических посещений в УЕТ установлен переводной коэффициент – **4,0** (т.е. для расчёта планового количества УЕТ на год необходимо утвержденное количество посещений умножить на переводной коэффициент – 4,0).

С целью унификации ведения учета стоматологической помощи и формирования отчетов используется Классификатор основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ), в медицинских организациях Магаданской области на взрослом (детском) приеме (далее – Классификатор), в котором указаны виды работ с соответствующими кодами и количество УЕТ по каждому виду работ.

Классификатор является Приложением № 3 к настоящему Соглашению.

Не подлежат оплате из средств обязательного медицинского страхования следующие случаи оказания стоматологической и зубоорачебной помощи:

– превышение количества УЕТ в реестре относительно количества, установленного в Классификаторе для соответствующего вида работ;

– несоответствие кодов выполненных работ кодам, представленным в Классификаторе, подлежащим оплате из средств обязательного медицинского страхования.

Если имеет место лечение нескольких зубов за один прием, в реестр для оплаты включается одно посещение с общим количеством УЕТ за выполненные услуги по данному обращению.

*2.5.14. Оплата диспансеризаций и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации.*

В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляется диспансеризация и профилактические медицинские осмотры отдельных категорий граждан, в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Оплата диспансеризации осуществляется по законченному случаю с учетом этапов проведения.

В рамках реализации постановления Правительства Магаданской области от 31.12.2015г. № 931-пп «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Магаданской области на 2016 год» на территории Магаданской области осуществляется:

- диспансеризация определенных групп взрослого населения (Приложение № 13 к настоящему Соглашению);
- диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях Магаданской области детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (Приложение № 14 к настоящему Соглашению);
- диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью (Приложение № 15 к настоящему Соглашению);
- профилактические медицинские осмотры взрослого населения (Приложение № 16 к настоящему Соглашению);
- прохождение несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них (Приложение № 17 к настоящему Соглашению);

В случае не предоставления медицинской организацией счёта и реестра счёта за диспансеризацию, профилактический (предварительный, периодический) медицинский осмотр оказанные в 2016 году, до 01 февраля 2017 года, счета и реестры счётов за оказанную медицинскую помощь приниматься к оплате не будут.

В случае отсутствия у медицинской организации, участвующей в проведении диспансеризации лицензии по отдельным видам работ (услуг), необходимым для осуществления диспансеризации, либо необходимого оборудования и (или) специалиста (при наличии соответствующей лицензии), данная медицинская организация заключает договор о привлечении соответствующих медицинских работников к проведению диспансеризации или выполнения диагностического исследования с медицинской организацией. В этом случае средства, заработанные за оказанные услуги (посещения) относятся на подстатью 226 «Прочие работы, услуги».

В соответствии со статьей 212 Трудового кодекса Российской Федерации работодатель обязан организовывать проведение за счет собственных средств обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров (обследований), других обязательных медицинских осмотров (обследований), внеочередных медицинских осмотров (обследований).

В целях исключения дублирования исследований, уменьшения нагрузки на медицинский персонал, снижения временных и финансовых затрат для работодателей рекомендуем учитывать результаты исследований, выполненных в рамках диспансеризации (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения осмотров), при проведении медицинских осмотров, организованных работодателем в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации.

2.5.15. В случае, если пациент посещает медицинскую организацию, оказывающую амбулаторную медицинскую помощь по заболеванию и следующая явка у него планируется на начало следующего месяца, данный случай оказания медицинской помощи включается в счёт и реестр счёта на оплату медицинской помощи за текущий месяц следующим образом:

- если пациент в текущем месяце посетил врача-специалиста по одному и тому же заболеванию три и более раза и продолжает болеть с назначением явки в следующем

месяце, случай лечения предоставляется к оплате, за медицинскую помощь, оказанную в текущем месяце, как обращение по заболеванию;

- если пациент в текущем месяце посетил врача-специалиста по одному и тому же заболеванию один-два раза и продолжает болеть с назначением явки в следующем месяце, каждое посещение врача-специалиста предоставляется к оплате, как посещение с профилактической и иной целью, т.е. единичное посещение по заболеванию.

### **3. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.**

3.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) участвующих в реализации ТПОМС на 2016 год, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (Таблица 3):

Таблица 3

№ п/п	Наименование медицинской организации (структурных подразделений медицинских организаций)	Уровень оказания медицинской помощи
1.	ГБУЗ «Магаданская областная больница»	3
2.	ГБУЗ «Магаданский областной онкологический диспансер»	2
3.	ГБУЗ «Магаданская областная детская больница»	1
4.	ОГБУЗ «Магаданский родильный дом»	2
5.	МОГБУЗ «МСЧ «Авиамедицина»	1
6.	МОГБУЗ "Ольская РБ"	1
7.	МОГБУЗ "Среднеканская РБ"	1
8.	МОГБУЗ Тенькинская РБ"	1
9.	МОГБУЗ "Хасынская РБ"	1
10.	МОГБУЗ "Ягоднинская РБ", в том числе:	1
10.1.	межрайонный центр по профилю "Акушерство и гинекология"	2
11.	МОГБУЗ «Сусуманская РБ»	1
12.	МОГБУЗ «Омсукчанская РБ»	1
13.	ФКУЗ «МСЧ МВД России по Магаданской области»	1
14.	НУЗ "Дорожная клиническая больница на станции Хабаровск - 1 ОАО"РЖД"	3

3.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) участвующих в реализации ТПОМС на 2016 год, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в стационарных условиях (Таблица 4).

Таблица 4

№ п/п	Наименование медицинской организации (структурных подразделений медицинских организаций)
1.	ГБУЗ «Магаданская областная больница»
2.	НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Хабаровск - 1 ОАО «РЖД»

3.3. При оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, используются следующие единицы объема медицинской помощи:

- за законченный случай лечения заболевания (случай госпитализации), включенного в соответствующую клинико-профильную группу (КПГ);
- за законченный случай госпитализации при использовании методов лечения при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС;

3.4. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях на основе клинико-профильных групп (КПГ), следует соблюдать следующие правила:

3.4.1. Оплата лечения заболевания в условиях стационара осуществляется по установленному тарифу за законченный случай лечения заболевания (случай госпитализации), включенного в соответствующую группу заболеваний (КПГ), при условии фактического срока пребывания в стационаре не менее 3-х дней.

3.4.2. При подсчете фактического количества койко-дней дата поступления и день выписки подлежат учету как один койко-день.

3.4.3. Закончившим лечение в профильном отделении стационара больной считается с исходом заболевания «выздоровление», либо со следующими исходами заболеваний:

- «выздоровление»;
- «улучшение»;
- «без перемен»;
- «ухудшение»;
- «умер»;
- «переведен в другое отделение внутри ЛПУ»;
- «переведен в дневной стационар»;
- «переведен в другое ЛПУ»;
- «трудоспособность стойко утрачена в связи с данным заболеванием»;
- «обследование»
- «выписан за нарушение режима»;
- «самовольно прекратил лечение».

3.4.4. В тариф законченного случая лечения в круглосуточном стационаре входит стоимость: услуги врачебных осмотров, назначенных врачом и зафиксированных в медицинской карте пациента лечебные, диагностические услуги (диагностика лабораторная, в том числе клинико-диагностические, бактериологические, иммуносерологические, цитологические исследования и т.п., диагностика лучевая, функциональная, эндоскопическая и т.п.), услуги вспомогательных служб (процедурный кабинет, в отделении физиотерапии – кабинеты по видам физиотерапевтической помощи, в том числе кабинет массажа, лечебной физкультуры и т.п.), анестезиологическое и оперативное пособия и т.д.

3.4.5. Учет случая оказания стационарной медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах в медицинской организации осуществляется на основе данных учетной формы № 066/у-02 «Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому», утвержденной приказом № 545 от 03.11.2003 Министерства здравоохранения Российской Федерации.

3.4.6. Оплата медицинских услуг осуществляется по двум категориям граждан: «взрослое население», «детское население». В счет для оплаты по тарифам категории

«детское население» включаются все услуги, оказанные застрахованным детям в возрасте от 0 до 18-ти лет по дате начала лечения (дате поступления в медицинскую организацию).

3.4.7. При лечении пациента в профильном отделении стационара с переводом в процессе лечения в реанимационное отделение и обратно, дни лечения, проведенные в реанимации, учитываются по основной КПП.

3.4.8. При наложении сроков стационарного лечения в одной и той же медицинской организации или в разных медицинских организациях (за исключением даты перевода и случаев выписки из круглосуточного стационара) при проведении медико-экономического контроля от оплаты отклоняются оба случая полностью до момента устранения медицинской организацией факта совпадения сроков лечения.

3.4.9. При изменении размера тарифов на медицинские услуги в период нахождения пациента на стационарном лечении оплата данного случая производится по тарифам, действующим на момент выписки больного из стационара либо на момент перевода в дневной стационар по тарифу, установленному для соответствующей КПП;

3.4.10. Случаи оказания стационарной помощи с кодом заболевания по МКБ-10, не соответствующему полу и возрасту пациента к оплате не принимаются.

3.4.11. Не подлежат учету по обязательному медицинскому страхованию и оплате случаи оказания стационарной помощи при тяжелых повреждениях здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

3.4.12. Оплата расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» Фондом социального страхования Российской Федерации за счет средств обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Порядок направления ТФ ОМС сведений о принятом решении, об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве определен частью 2 и 3 статьи 32 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном страховании в Российской Федерации» и в разделе VII Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158-н.

3.5. Оплата лечения случаев по высокотехнологичной медицинской помощи.

3.5.1. Оплата случаев госпитализации при оказании высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования (Раздел I Приложения к постановлению Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»), осуществляется по тарифам, установленным Приложением № 2 к настоящему Соглашению за законченный случай госпитализации.

3.5.2. Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень). В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КПП.

3.5.3. При направлении в медицинскую организацию, в том числе федеральную, с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КПП.

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

3.5.5. Медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования и оказавшая высокотехнологичную медицинскую помощь застрахованному лицу, формирует и направляет в страховую медицинскую организацию отдельный счет и реестр счета за оказанную высокотехнологичную медицинскую помощь.

3.6. Порядок оплаты прерванных случаев лечения, в том числе сверхкоротких случаев лечения, а также при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями.

3.6.1. К сверхкоротким относятся случаи лечения, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней.

3.6.2. В случае если госпитализация пациента составляет менее 3-х дней (один, два дня), оплата производится за фактическое число койко-дней, т.е. стоимость одного дня госпитализации следует умножить на фактическое количество дней, проведенных в стационаре. Стоимость одного дня госпитализации рассчитывается путём деления стоимости законченного случая лечения по соответствующей КПП на средние дни госпитализации, утвержденные по данной КПП. Средние сроки госпитализации по КПП установлены Приложением № 11 к настоящему Соглашению.

3.6.3. Оплата случаев госпитализации по поводу медицинского аборта осуществляется согласно пункту 3.6.2. по тарифу одного койко-дня Акушерско-гинекологического профиля.

3.6.4. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной), в случае, если это обусловлено необходимостью продолжения лечения, в соответствии с действующими

протоколами и стандартами оказания медицинской помощи, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КПП, за исключением прерванных случаев лечения со сроками длительности менее 3-х дней.

3.6.5. В случае, если пациенту была оказана экстренная медицинская помощь (хирургическое вмешательство) в условиях стационара, с продолжительностью пребывания менее 24 часов (день госпитализации и выписки одно и то же число) оплата оказанной медицинской помощи осуществляется согласно пункту 3.6.2. по тарифу одного койко-дня. Данные случаи подлежат 100% медико-экономической экспертизе.

### 3.7. Порядок оплаты случаев сверхдлительного пребывания.

3.7.1. Оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением коэффициента сложности курации пациента (КСКП).

3.7.2. Критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок **свыше 30 дней**, кроме следующих групп заболеваний, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней:

Группа заболеваний	Наименование КСГ
1	Неонатология
2	Онкология (Лучевая терапия)

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

$$КСКП = 1 + \frac{ФКД - НКД}{НКД} \times K_{дл}, \text{ где}$$

КСКП – коэффициент сложности курации пациента;

$K_{дл}$  – коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов. Установленное значение – 0,25;

ФКД – фактическое количество койко-дней;

НКД – нормативное количество койко-дней (30 дней, за исключением групп заболеваний, для которых установлен срок 45 дней).

3.7.4. Коэффициент длительности ( $K_{дл}$ ), учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов установлен в размере – 0,25.

## 4. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

4.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) участвующих в реализации ТПОМС на 2016 год, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара (Таблица 5):

Таблица 5

№ п/п	Наименование медицинской организации	Уровень оказания медицинской помощи
1.	ГБУЗ «Магаданская областная больница»	3
2.	ГБУЗ «Магаданский областной онкологический диспансер»	2
3.	ГБУЗ «Магаданская областная детская больница»	1
4.	ОГБУЗ «Магаданский родильный дом»	2
5.	МОГБУЗ «МСЧ «Авиамедицина»	1
6.	МОГБУЗ «Поликлиника №1»	1
7.	МОГБУЗ «Поликлиника №2»	1
8.	МОГБУЗ «Поликлиника №3»	1
9.	МОГБУЗ "Ольская РБ"	1
10.	МОГБУЗ "Среднеканская РБ"	1
11.	МОГБУЗ Тенькинская РБ"	1
12.	МОГБУЗ "Хасынская РБ	1
13.	МОГБУЗ "Ягоднинская РБ" ", в том числе:	1
13.1	межрайонный центр по профилю "Акушерство и гинекология"	2
14.	МОГБУЗ «Сусуманская РБ»	1
15.	МОГБУЗ «Омсукчанская РБ»	1
16.	ООО «ЭКО-Центр»	2

4.2. При оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, используются следующие единицы объема медицинской помощи:

- за законченный случай лечения заболевания (случай госпитализации), включенного в соответствующую клинико-профильную группу (КПГ).

4.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара на основе клинико-профильных групп (КПГ), следует соблюдать следующие правила:

4.3.1. Оплата лечения заболевания в условиях дневного стационара осуществляется по установленному тарифу за законченный случай лечения заболевания (случай госпитализации), включенного в соответствующую группу заболеваний (КПГ), при условии фактического срока пребывания в стационаре не менее 3-х дней.

4.3.2. При подсчете фактического количества пациенто-дней дата поступления и день выписки считать за два дня лечения.

4.3.3. При переводе больного из круглосуточного стационара в дневной, датой начала лечения в дневном стационаре считается день, следующий за днём выписки из круглосуточного стационара.

4.3.4. В тариф законченного случая лечения в условиях дневного стационара входит стоимость: услуги врачебных осмотров, назначенных врачом и зафиксированных в медицинской карте пациента лечебные, диагностические услуги (диагностика лабораторная, в т.ч. клинико-диагностические, бактериологические, иммуносерологические, цитологические исследования и т.п., диагностика лучевая, функциональная, эндоскопическая и т.п.), услуги вспомогательных служб (процедурный кабинет, в отделении физиотерапии –

кабинеты по видам физиотерапевтической помощи, в том числе кабинет массажа, лечебной физкультуры и т.п.) и т.д.

4.3.5. Оплата медицинских услуг осуществляется по двум категориям граждан: «взрослое население», «детское население». В счет для оплаты по тарифам категории «детское население» включаются все услуги, оказанные застрахованным детям в возрасте от 0 до 18-ти лет по дате начала лечения (дате поступления в медицинскую организацию).

4.3.6. Отклоняются от оплаты оба случая полностью до момента устранения медицинской организацией факта совпадения сроков лечения случаи наложения сроков лечения в профильном отделении дневного стационара со сроками лечения:

- в круглосуточном стационаре в разных или одной и той же медицинской организации (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультации в других медицинских организациях);
- в другом профильном отделении дневного стационара одной и той же медицинской организации;
- в отделении дневного стационара другой медицинской организации;
- в дневном стационаре амбулатории и (или) участковой больницы одной и той же медицинской организации.

4.3.7. Закончившим лечением в профильном отделении больной считается с исходом заболевания: «выздоровление», «улучшение», «без перемен» либо со следующим исходом заболеваний:

- «выздоровление»;
- «улучшение»;
- «без перемен»;
- «ухудшение»;
- «умер»;
- «переведен в круглосуточный стационар»;
- «трудоспособность стойко утрачена в связи с данным заболеванием»;
- «обследование»;
- «выписан за нарушение режима»;
- «самовольно прекратил лечение»;

4.3.8. При изменении размера тарифов на медицинские услуги в период нахождения пациента на лечении в дневном стационаре оплата данного случая производится по тарифам, действующим на момент выписки больного.

4.4. Порядок оплаты прерванных случаев лечения, в том числе сверхкоротких случаев лечения, а также при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями.

4.4.1. К сверхкоротким относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней.

4.4.2. В случае если госпитализация пациента составляет менее 3-х дней (один, два, дня), оплата производится за фактическое число пациенто-дней, т.е. стоимость одного дня госпитализации следует умножить на фактическое количество дней, проведенных в дневном стационаре. Стоимость одного дня госпитализации рассчитывается путём деления стоимости законченного случая лечения по соответствующей КПП на средние дни госпитализации, утвержденные по данной КПП. Средние сроки госпитализации по КПП установлены Приложением № 11 к настоящему Соглашению.

4.4.3. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной), в случае, если это обусловлено необходимостью продолжения лечения, в соответствии с действующими протоколами и стандартами оказания медицинской помощи, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КПП, за исключением прерванных случаев лечения со сроками длительности менее 3-х дней.

## **5. Сведения о применении способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.**

5.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) участвующих в реализации ТПОМС на 2016 год, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, в том числе перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи (Таблица 6):

Таблица 6

№ п/п	Наименование медицинской организации
1.	МОГБУЗ «Стация скорой медицинской помощи»
2.	МОГБУЗ "Среднеканская РБ"
3.	МОГБУЗ Тенькинская РБ"
4.	МОГБУЗ "Хасынская РБ"
5.	МОГБУЗ "Ягоднинская РБ"
6.	МОГБУЗ «Сусуманская РБ»
7.	МОГБУЗ «Омсукчанская РБ»
8.	МОГБУЗ "Среднеканская РБ"

5.2. На догоспитальном этапе оплата оказанной скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) осуществляется за счёт средств обязательного медицинского страхования по подушевому нормативу в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

5.3. Подушевой норматив скорой медицинской помощи предусматривает оплату скорой медицинской помощи застрахованному населению, в том числе выездов бригад (специализированной, врачебной общепрофильной, фельдшерской, неотложных), выездов для осуществления транспортировки больных по направлениям врачей МО в стационар и (или) рожениц, безрезультатных.

5.4. Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива, численности застрахованного населения с учётом прикрепления.

5.5. Дополнительно к подушевому финансированию осуществляется оплата вызовов скорой медицинской помощи оказанных иногородним гражданам.

5.6. Медицинские организации, оказывающие скорую медицинскую помощь и финансируемые по подушевому нормативу финансирования, обязаны ежемесячно

предоставлять в адрес страховых медицинских организаций реестры счетов. В реестры счетов на оплату медицинской помощи в обязательном порядке включаются все единицы объема скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам по тарифам, установленным в Разделе 4 Приложения № 1 настоящего Соглашения.

5.7. Оплата услуг предоставляемых медицинскими организациями, оказывающими скорую медицинскую помощь, осуществляется ежемесячно на основании подушевого норматива финансирования согласно счёту за оказанные услуги скорой медицинской помощи (Приложение № 7 к настоящему Соглашению), предоставляемому медицинской организацией в адрес страховой медицинской организации.

5.8. Оплата медицинской помощи оказанной иногородним гражданам производится по тарифам, установленным в Разделе 4 Приложения № 1 настоящего Соглашения.

5.9. Объем медицинской помощи, оказываемой не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам Российской Федерации при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования обеспечивается за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации. В целях сбора информации о количестве вызовов, оплата которых должна осуществляться за счёт средств бюджета субъекта Российской Федерации медицинским организациям необходимо ежемесячно в срок до 10 числа месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи предоставлять информацию в ТФ ОМС согласно Приложению № 7 к настоящему Соглашению.

5.10. Подушевой норматив скорой медицинской помощи включает в себя финансирование расходов на заработную плату и начисления на оплату труда (в том числе выплаты стимулирующего характера медицинскому персоналу (врачебный, средний медперсонал) станций (отделений) скорой медицинской помощи), прочие выплаты, начисления на оплату труда, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

### **III. Раздел «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи».**

Структура тарифов на оплату медицинской помощи установлена в соответствии с требованиями ч.7 ст. 35 Федеральных законов от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с последующими изменениями) и включает следующие расходы: на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных

исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования, организации питания (при отсутствии организованного питания медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Размер тарифов на оплату медицинской помощи определен на основании методики расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (с последующими изменениями); постановления Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»; письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2015 год № 11-9/10/2-7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»; «Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», направленных в субъекты РФ совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2015 г. № 11-9/10/2-7938 и Федерального фонда ОМС от 24.12.2015 № 8089/21-и.

## **1. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.**

1.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Магаданской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2016 год, составляет – **8724,04** руб. на 1 застрахованное лицо.

1.2. Перечень основных врачебных специальностей, с относительными коэффициентами стоимости посещения (Таблица 7):

Таблица 7

№	Профиль КПП	Относительный коэффициент стоимости посещения с учетом специальности
1	Акушерство-гинекология	1,1941
2	Аллергология-иммунология	1,6206
3	Врач общей практики	0,8554

№	Профиль КПП	Относительный коэффициент стоимости посещения с учетом специальности
4	Гастроэнтерология	0,8554
5	Гематология	0,8554
6	Дерматология	0,7348
7	Инфекционные заболевания	1,2842
8	Кардиология	0,9740
9	Неврология	1,0148
10	Нейрохирургия	0,9113
11	Нефрология	0,9740
12	Онкология	0,9113
13	Оториноларингология	0,7102
14	Офтальмология	0,6088
15	Педиатрия	1,2900
16	Пульмонология	0,8554
17	Ревматология	0,9740
18	Терапия	0,8554
19	Травматология и ортопедия	0,9113
20	Урология	0,7374
21	Хирургия	0,9113
22	Эндокринология	1,7598
23	Средний медицинский персонал, ведущий самостоятельный приём, ФАП	0,6525

1.3. Установить базовую ставку для расчёта финансирования медицинской помощи с профилактической и иной целью, оказанной в амбулаторных условиях, в размере 323,79 рублей за посещение.

1.4. Коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» составляет для медицинских организаций Магаданской области – 2,702, в том числе для Магаданской области кроме Северо-Эвенского района – 2,7, для Северо-Эвенского района 2,82.

1.5. Установить поправочный коэффициент стоимости обращения по поводу заболевания с учетом кратности посещений в одном обращении 2,9.

1.6. Установить поправочный коэффициент стоимости посещения в неотложной форме к посещению с профилактической и иной целью в размере 1,42.

1.7. Установить коэффициент уровня оказания медицинской помощи, для медицинских организаций оказывающих амбулаторную медицинскую помощь:

- для первого уровня – 1,00;
- для второго уровня – 1,00;
- для третьего уровня – 1,00.

1.8. Медицинские организаций, оказывающие амбулаторную медицинскую помощь, относящиеся к I уровню оказания медицинской помощи распределить на две группы (Таблица 8):

Таблица 8

1 группа	2 группа
ГБУЗ «Магаданская областная детская больница», ГБУЗ «Магаданский областной центр медицинской профилактики», ОГБУЗ «Магаданский родильный дом», МОГБУЗ «МСЧ "Авимедицина», МОГБУЗ «Хасынская РБ», МОГБУЗ «Ольская РБ», МОГБУЗ «Омсукчанская РБ», МОГБУЗ «Среднеканская РБ», МОГБУЗ «Сусуманская РБ», МОГБУЗ «Тенькинская РБ», МОГБУЗ «Ягоднинская РБ», ФКУЗ «МСЧ "МВД России по Магаданской области», МОГБУЗ «Стоматологическая поликлиника», ООО «Дантист-Плюс», ООО «Дантист», ООО «Дантист XXI век», ООО «ВИТА», ООО «ВИТА-ДЕНТ», ООО «Доктор-Вебер», ООО «Кристал-Стома», ООО «Добрый стоматолог ПЛЮС», ООО «Улыбка», ООО «Леге-Артис».	МОГБУЗ «Поликлиника № 1»; МОГБУЗ «Поликлиника № 2»; МОГБУЗ «Поликлиника № 3».

1.9. Установить для медицинских организаций оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, относящимся к I уровню оказания медицинской помощи коэффициент группы (не применяется для расчёта тарифа по неотложной помощи):

- для первой группы – 0,980;
- для второй группы – 1,074.

1.10. Расчёт тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

1.10.1. посещения с профилактической и иной целью (Таблица 9);

1.10.2. обращения по заболеванию (Таблица 10);

1.10.3. посещения в неотложной форме (таблица 11);

1.10.4. условной единицы трудоёмкости (УЕТ) при оказании стоматологической помощи (Таблица 12).

1.11. Для определения стоимости одной УЕТ базовая ставка тарифа по посещению умножается на поправочный коэффициент 1,3 для взрослых 1,6 для детского населения и делится на среднее количество УЕТ в посещении (4 УЕТ).

1.12. Тариф на оплату медицинской помощи, оказанной в Центрах здоровья (Таблица 13).

1.13. Оплата амбулаторной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями имеющими и не имеющими прикрепленное население, а также оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляется по тарифам, установленным в Разделе 1 Приложения № 1 настоящего Соглашения.

**Расчёт тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях  
с профилактической и иной целью (посещение)**

1	Наименование врачебной специальности	Базовая ставка	Коэффициент относительной затратоёмкости	Коэффициент уровня оказания медицинской помощи			Коэффициент дифференциации (КД)	Тариф посещения с профилактической и иной целью		
				1 уровень	2 уровень	3 уровень		для медицинских организаций 1 уровня	для медицинских организаций 2 уровня	для медицинских организаций 3 уровня
				1,00	1,00	1,00				
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
1	Кардиология	323,79	0,9740	1,000	1,000	1,000	2,70	851,50	851,50	851,5
2	Ревматология	323,79	0,9740	1,000	1,000	1,000	2,70	851,50	851,50	851,5
3	Терапия	323,79	0,8554	1,000	1,000	1,000	2,70	747,82	747,82	747,82
4	Аллергология	323,79	1,6206	1,000	1,000	1,000	2,70	1 416,78	1 416,78	1416,78
5	Неврология	323,79	1,0148	1,000	1,000	1,000	2,70	887,17	887,17	887,17
6	Инфекционные заболевания	323,79	1,2842	1,000	1,000	1,000	2,70	1 122,69	1 122,69	1122,69
7	Хирургия	323,79	0,9113	1,000	1,000	1,000	2,70	796,69	796,69	796,69
8	Травматология-ортопедия	323,79	0,9113	1,000	1,000	1,000	2,70	796,69	796,69	796,69
9	Урология	323,79	0,7374	1,000	1,000	1,000	2,70	644,66	644,66	644,66
10	Отоларингология	323,79	0,7102	1,000	1,000	1,000	2,70	620,88	620,88	620,88
11	Офтальмология	323,79	0,6088	1,000	1,000	1,000	2,70	532,23	532,23	532,23
12	Эндокринология	323,79	1,7598	1,000	1,000	1,000	2,70	1 538,48	1 538,48	1538,48
13	Врач общей практики	323,79	0,8554	1,000	1,000	1,000	2,70	747,82	747,82	747,82
14	Гастроэнтерология	323,79	0,8554	1,000	1,000	1,000	2,70	747,82	747,82	747,82
15	Педиатрия	323,79	1,2900	1,000	1,000	1,000	2,70	1 127,76	1 127,76	1127,76

	Наименование врачебной специальности	Базовая ставка	Коэффициент относительной затратоёмкости	Коэффициент уровня оказания медицинской помощи			Коэффициент дифференциации (КД)	Тариф посещения с профилактической и иной целью		
				1 уровень	2 уровень	3 уровень		для медицинских организаций 1 уровня	для медицинских организаций 2 уровня	для медицинских организаций 3 уровня
				1,00	1,00	1,00				
1	2	3	4	5	6		8	9	10	11
16	Нефрология	323,79	0,9740	1,000	1,000	1,000	2,70	851,50	851,50	851,5
17	Онкология	323,79	0,9113	1,000	1,000	1,000	2,70	796,69	796,69	796,69
18	Акушерство-гинекология	323,79	1,1941	1,000	1,000	1,000	2,70	1 043,92	1 043,92	1043,92
19	Дерматология	323,79	0,7348	1,000	1,000	1,000	2,70	642,39	642,39	642,39
20	Пульмонология	323,79	0,8554	1,000	1,000	1,000	2,70	747,82	747,82	747,82
21	Гематология	323,79	0,8554	1,000	1,000	1,000	2,70	747,82	747,82	747,82
22	Нейрохирургия	323,79	0,9113	1,000	1,000	1,000	2,70	796,69	796,69	796,69
23	ФАП	323,79	0,6525	1,000	1,000	1,000	2,70	570,44	570,44	570,44
24	Средний медицинский персонал ведущий самостоятельный приём	323,79	0,6525	1,000	1,000	1,000	2,70	570,44	570,44	570,44

**Расчёт тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях  
обращение по поводу заболевания (обращение)**

	Наименование врачебной специальности	Базовая ставка	Коэффициент относительной затратоёмкости	Коэффициент уровня оказания медицинской помощи			Коэффициент уровня оказания медицинской помощи	Коэффициент уровня оказания медицинской помощи	Тариф обращения по заболеванию		
				1 уровень	2 уровень	3 уровень			для медицинских организаций 1 уровня	для медицинских организаций 2 уровня	для медицинских организаций 3 уровня
				1,00	1,00	1,00					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Кардиология	323,79	0,9740	1,000	1,000	1,000	2,70	2,9	2 469,35	2 469,35	2 469,35
2	Ревматология	323,79	0,9740	1,000	1,000	1,000	2,70	2,9	2 469,35	2 469,35	2 469,35
3	Терапия	323,79	0,8554	1,000	1,000	1,000	2,70	2,9	2 168,68	2 168,68	2 168,68
4	Аллергология	323,79	1,6206	1,000	1,000	1,000	2,70	2,9	4 108,66	4 108,66	4 108,66
5	Неврология	323,79	1,0148	1,000	1,000	1,000	2,70	2,9	2 572,79	2 572,79	2 572,79
6	Инфекционные заболевания	323,79	1,2842	1,000	1,000	1,000	2,70	2,9	3 255,80	3 255,80	3 255,80
7	Хирургия	323,79	0,9113	1,000	1,000	1,000	2,70	2,9	2 310,40	2 310,40	2 310,40
8	Травматология-ортопедия	323,79	0,9113	1,000	1,000	1,000	2,70	2,9	2 310,40	2 310,40	2 310,40
9	Урология	323,79	0,7374	1,000	1,000	1,000	2,70	2,9	1 869,51	1 869,51	1 869,51
10	Отоларингология	323,79	0,7102	1,000	1,000	1,000	2,70	2,9	1 800,55	1 800,55	1 800,55
11	Офтальмология	323,79	0,6088	1,000	1,000	1,000	2,70	2,9	1 543,47	1 543,47	1 543,47
12	Эндокринология	323,79	1,7598	1,000	1,000	1,000	2,70	2,9	4 461,59	4 461,59	4 461,59
13	Врач общей практики	323,79	0,8554	1,000	1,000	1,000	2,70	2,9	2 168,68	2 168,68	2 168,68
14	Гастроэнтерология	323,79	0,8554	1,000	1,000	1,000	2,70	2,9	2 168,68	2 168,68	2 168,68
15	Педиатрия	323,79	1,2900	1,000	1,000	1,000	2,70	2,9	3 270,50	3 270,50	3 270,50
16	Нефрология	323,79	0,9740	1,000	1,000	1,000	2,70	2,9	2 469,35	2 469,35	2 469,35
17	Онкология	323,79	0,9113	1,000	1,000	1,000	2,70	2,9	2 310,40	2 310,40	2 310,40
18	Акушерство-гинекология	323,79	1,1941	1,000	1,000	1,000	2,70	2,9	3 027,37	3 027,37	3 027,37
19	Дерматология	323,79	0,7348	1,000	1,000	1,000	2,70	2,9	1 862,93	1 862,93	1 862,93
20	Пульмонология	323,79	0,8554	1,000	1,000	1,000	2,70	2,9	2 168,68	2 168,68	2 168,68

	Наименование врачебной специальности	Базовая ставка	Коэффициент относительной затратоёмкости	Коэффициент уровня оказания медицинской помощи			Коэффициент уровня оказания медицинской помощи	Коэффициент уровня оказания медицинской помощи	Тариф обращения по заболеванию		
				1 уровень	2 уровень	3 уровень			для медицинских организаций 1 уровня	для медицинских организаций 2 уровня	для медицинских организаций 3 уровня
				1,00	1,00	1,00					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
21	Гематология	323,79	0,8554	1,000	1,000	1,000	2,70	2,9	2 168,68	2 168,68	2 168,68
22	Нейрохирургия	323,79	0,9113	1,000	1,000	1,000	2,70	2,9	2 310,40	2 310,40	2 310,40
23	ФАП	323,79	0,6525	1,000	1,000	1,000	2,70	2,9	1 654,28	1 654,28	1 654,28
24	Средний медицинский персонал ведущий самостоятельный приём	323,79	0,6525	1,000	1,000	1,000	2,70	2,9	1 654,28	1 654,28	1 654,28

Таблица 11

**Расчёт тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме (посещение)**

	Базовая ставка	Поправочный коэффициент стоимости посещения в неотложной форме к посещению с профилактической целью	Коэффициент дифференциации (КД)	Тариф посещения в неотложной форме
1	2	3	4	5
Неотложная помощь	323,79	1,42	2,70	1241,41

## Расчёт тарифов на оплату стоматологической медицинской помощи (УЕТ)

Наименование врачебной специальности	Базовая ставка (посещения)	Коэффициент относительной затратоёмкости	Кол-во УЕТ в одном посещении	Коэффициент уровня оказания медицинской помощи			Коэффициент уровня оказания медицинской помощи	Коэффициент уровня оказания медицинской помощи		
				1 уровень	2 уровень	3 уровень		для медицинских организаций 1 уровня	для медицинских организаций 2 уровня	для медицинских организаций 3 уровня
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Стоматология, в том числе:										
взрослая	323,79	1,30	4,0	1,00	1,00	1,00	2,70	284,12	284,12	284,12
детская	323,79	1,60	4,0	1,00	1,00	1,00	2,70	349,69	349,69	349,69

## Тарифы и структура тарифа на оплату амбулаторной помощи, оказанной в Центрах здоровья

№ п/п	Наименование услуги	Стоимость услуги (рублей)
<b>1. Центр здоровья для взрослого населения</b>		
1.1.	Комплексное обследование	2 205,30
1.2.	Динамическое наблюдение	658,88
<b>2. Центр здоровья для детей</b>		
2.1.	Комплексное обследование	1 788,31

*1.14. Тарифы на оплату мероприятий по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам отдельных категорий граждан,*

1.14.1. Тарифы на оплату мероприятий по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам отдельных категорий граждан, порядка проведения которых установлены нормативно-правовыми актами, представлены в приложениях №№ 13-17 к настоящему Соглашению, в том числе:

- диспансеризация определенных групп взрослого населения (Приложение № 13 к настоящему Соглашению);
- диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях Магаданской области детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (Приложение № 14 к настоящему Соглашению);
- диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью (Приложение № 15 к настоящему Соглашению);
- профилактические медицинские осмотры взрослого населения (Приложение № 16 к настоящему Соглашению);
- прохождение несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них (Приложение № 17 к настоящему Соглашению).

1.14.2. Структура тарифа на оплату мероприятий по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам отдельных категорий граждан, порядка проведения которых установлены нормативно-правовыми актами включает в себя расходы на заработную плату (в том числе: выплаты в рамках оказания дополнительной медицинской помощи врачебному персоналу (участковые врачи терапевты, участковые врачи педиатры) и соответствующим участковым медицинским сестрам, а так же врачам и медицинским сестрам общей практики; выплаты медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, выплаты врачебному и среднему медицинскому персоналу в рамках повышения доступности оказания амбулаторной медицинской помощи), начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей.

1.14.3. Шкала тарифов предусматривает компенсацию затрат по врачебным специальностям и специалистам со средним медицинским образованием, ведущим самостоятельный приём,

диагностических исследований, медицинских услуг параклинических подразделений, а так же общеучрежденческих расходов (АУП, ХОП, общебольничный персонал).

1.15. Оплата медицинских услуг, для медицинских организаций, которым установлены объемы на самостоятельные диагностические услуги, осуществляется за фактически выполненные объемы в пределах установленного Комиссией планового задания по тарифам, утвержденным в разделе 5 Приложения № 1 настоящего Соглашения.

1.16. Оплата амбулаторной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями имеющими прикрепленное население, осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи.

1.15.1. Распределение застрахованных лиц по медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, устанавливается на 01 января 2016 года.

1.15.2. Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (ПнБАЗ), установлен в сумме 4818,33 руб. на 1 застрахованное лицо в год, исходя из общего объема средств, предназначенного на финансовое обеспечение амбулаторной медицинской помощи и численности прикрепленных застрахованных по ОМС лиц.

1.15.3. В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются:

- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;
- медицинские услуги (исследования), для медицинских организаций, которым установлены объемы на самостоятельные диагностические услуги;
- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме.

1.15.4. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной амбулаторных условиях (К<sub>ПВ АМП</sub>) определены исходя из стоимости амбулаторной медицинской помощи для каждой половозрастной группы за предыдущий год и численности прикрепившихся к медицинским организациям застрахованных лиц по состоянию на 01.01.2016 года (Таблица 14):

Таблица 14

**Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования по медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население**

<b>Возраст</b>	<b>Пол</b>	<b>Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива (К<sub>ПВ АМП</sub>)</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
0-1	муж.	2,188
	жен.	2,323
1-4	муж.	2,349
	жен.	2,318
5-17	муж.	1,839
	жен.	1,864
18-59	муж.	0,465

Возраст	Пол	Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива (К <sub>ПВ АМП</sub> )
18-54	жен.	0,746
60 и старше	муж.	0,948
55 и старше	жен.	1,253

1.15.5. Коэффициенты дифференциации подушевого норматива, рассчитанные для медицинских организаций (Таблица 15):

Таблица 15

№ п.п.	Наименование МО	Коэффициенты дифференциации			
		По половозрастной структуре	По плотности населения	По уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений	Интегрированный коэффициент
		К <sub>Дпвс</sub>	К <sub>Дпн</sub>	К <sub>Дсп</sub>	К <sub>Динт</sub>
1	2	3	4	5	6
1	ГБУЗ "Магаданская областная детская больница"	1,990	0,830	1,082045	1,787
2	МОГБУЗ "Поликлиника № 1"	0,737	0,830	0,936327	0,573
3	МОГБУЗ "Поликлиника № 2"	0,745	0,830	0,997047	0,617
4	МОГБУЗ "Поликлиника № 3"	0,742	0,830	1,010438	0,622
5	МОГБУЗ "МСЧ "Авиамедицина""	0,737	1,050	1,628550	1,260
6	МОГБУЗ "Хасынская РБ"	0,992	1,050	1,231260	1,282
7	МОГБУЗ "Ягоднинская РБ"	0,980	1,050	1,575904	1,622
8	МОГБУЗ "Ольская РБ"	1,006	1,050	0,833578	0,881
9	МОГБУЗ "Омсукчанская РБ"	1,009	1,050	1,308684	1,386
10	МОГБУЗ "Среднеканская РБ"	0,984	1,050	1,104581	1,141
11	МОГБУЗ "Сусуманская РБ"	0,975	1,050	1,308299	1,339
12	МОГБУЗ "Тенькинская РБ"	0,991	1,050	0,936660	0,975

1.15.6. Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для медицинской организации (ФДПн) (Таблица 16):

Таблица 16

№ п.п.	Наименование МО	Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования АМП (ФДПн)
1	2	3
1	ГБУЗ "Магаданская областная детская больница"	8 611,39
2	МОГБУЗ "Поликлиника № 1"	2 759,75

№ п.п.	Наименование МО	Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования АМП (ФДПн)
1	2	3
3	МОГБУЗ "Поликлиника № 2"	2 970,62
4	МОГБУЗ "Поликлиника № 3"	2 998,39
5	МОГБУЗ "МСЧ "Авиамедицина""	6 072,32
6	МОГБУЗ "Хасынская РБ"	6 179,41
7	МОГБУЗ "Ягоднинская РБ"	7 813,43
8	МОГБУЗ "Ольская РБ"	4 242,58
9	МОГБУЗ "Омсукчанская РБ"	6 680,54
10	МОГБУЗ "Среднеканская РБ"	5 498,93
11	МОГБУЗ "Сусуманская РБ"	6 453,53
12	МОГБУЗ "Тенькинская РБ"	4 696,14

1.15.7. При оплате первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи предельный размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{ПРЕД}} = \Phi \text{ДПн} \times \text{ЧЗ}^{\text{ПР}}, \text{ где:}$$

$\Phi O_{\text{ПРЕД}}$  – предельный размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, рублей;

$\text{ЧЗ}^{\text{ПР}}$  – численность застрахованных лиц, прикрепленных к данной медицинской организации, человек.

1.15.8. Предельный размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, для медицинских организаций имеющих прикрепленное население установлен в Приложении № 19 настоящего Соглашения.

1.15.9. Фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, складывается исходя из фактически оказанных объемов медицинской помощи:

$$\Phi O_{\text{ФАКТ}} = \sum(O_{\text{МП}} \times T_i), \text{ где:}$$

$\Phi O_{\text{ФАКТ}}$  – фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, рублей;

$O_{\text{МП}}$  – фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в

амбулаторных условиях, посещений (обращений);

$T_i$  – тариф за единицу объема медицинской первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, для  $i$ -той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей.

1.15.10. Фактический размер финансового обеспечения медицинской организации ( $\Phi O_{\text{ФАКТ}}$ ), имеющей прикрепившихся лиц, не может превышать предельный размер финансового обеспечения ( $\Phi O_{\text{ПРЕД}}$ ).

## 2. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Магаданской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2016 год, составляет – 13 711,25 рублей на 1 застрахованное лицо.

2.2. Перечень групп заболеваний, в том числе клинико-профильных групп с указанием относительных коэффициентов затратоёмкости КПП (Таблица 17):

Таблица 17

№	Профиль КПП	Коэффициент относительной затратоёмкости КПП (КЗкпп)
1	Акушерское дело	0,50
2	Акушерство и гинекология	0,80
3	Аллергология и иммунология	0,34
4	Гастроэнтерология	1,04
5	Гематология	1,37
6	Дерматология	0,80
7	Детская кардиология	1,84
8	Детская онкология	4,59
9	Детская урология-андрология	1,15
10	Детская хирургия	1,10
11	Детская эндокринология	1,48
12	Инфекционные болезни	0,65
13	Кардиология	1,49
14	Колопроктология	1,36
15	Неврология	1,12
16	Нейрохирургия	1,20
17	Неонатология	2,96
18	Нефрология (без диализа)	1,69
19	Онкология	2,24
20	Оториноларингология	0,87
21	Офтальмология	0,92
22	Педиатрия	0,80
23	Пульмонология	1,31

№	Профиль КПП	Коэффициент относительной затратоемкости КПП (КЗкпп)
24	Ревматология	1,44
25	Сердечно-сосудистая хирургия	1,18
26	Стоматология детская	0,79
27	Терапия	0,77
28	Торакальная хирургия	2,09
29	Травматология и ортопедия	1,37
30	Урология	1,20
31	Хирургия	0,90
32	Хирургия (абдоминальная)	1,20
33	Хирургия (комбустиология)	1,95
34	Челюстно-лицевая хирургия	1,18
35	Эндокринология	1,40
36	Прочее	0,58
37	Медицинская реабилитация	0,75

2.3. Размер средней стоимости законченного случая (базовая ставка финансирования), включенного в КПП на 2016 год, составляет 17 597,78 руб.

2.4. Коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» составляет для медицинских организаций Магаданской области – 2,702, в том числе для медицинских организаций Магаданской области кроме Северо-Эвенского района – 2,7, для Северо-Эвенского района 2,82.

2.5. Установить коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи:

- для первого уровня – 1,00;
- для второго уровня – 1,05;
- для третьего уровня – 1,10.

2.6. Установить управленческий коэффициент для клиничко-профильных групп:

- |                                       |                            |
|---------------------------------------|----------------------------|
| 1) Акушерство и гинекология – 1,1009; | 5) Нейрохирургия – 0,8500; |
| 2) Терапия – 1,1900;                  | 6) Урология – 0,8500;      |
| 3) Педиатрия – 1,1500;                | 7) Онкология – 0,8900.     |
| 4) Гематология – 0,8500;              |                            |

2.7. Медицинские организации оказывающие стационарную медицинскую помощь, относящиеся к первому уровню оказания медицинской помощи распределить на два подуровня (Таблица 18):

Таблица 18

1 подуровень	2 подуровень
МОГБУЗ "Хасынская РБ", МОГБУЗ "Ольская РБ", ФКУЗ "МСЧ "МВД России по Магаданской области",	МОГБУЗ "Среднеканская РБ", МОГБУЗ "Тенькинская РБ", МОГБУЗ "Ягоднинская РБ" (за исключением

1 подуровень	2 подуровень
МОГБУЗ "Сусуманская РБ", МОГБУЗ "МСЧ "Авиамедицина", ГБУЗ "Магаданская областная детская больница".	КПП - "Акушерство и гинекология"), МОГБУЗ "Омсукчанская РБ".

2.8. Установить для медицинских организаций оказывающих стационарную медицинскую помощь, относящимся к первому уровню оказания медицинской помощи, коэффициент подуровня:

- для первого подуровня – 0,8500;
- для второго подуровня – 1,3863.

2.9. Расчёт тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, Таблица 19.

2.10. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, рассчитанные с учётом применения коэффициента подуровня (применяемые в том числе, для осуществления межтерриториальных расчётов), установлены в Разделе 2 Приложения № 1 настоящего Соглашения.

2.11. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи установлены в Приложении № 2 к настоящему Соглашению.

*2.12. Оплата случаев лечения при проведении диализа в условиях круглосуточного стационара.*

2.12.1. При проведении процедур диализа, включающего различные методы, для оплаты указанных процедур, оказываемых в стационарных условиях, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу.

2.12.2. Стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КПП в рамках одного случая лечения.

2.12.3. Перечень тарифов на оплату процедур диализа с учетом применения различных методов представлен в Разделе 5 Приложения 1 к настоящему Соглашению.

2.12.4. В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре. При этом в период лечения в круглосуточном стационаре пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. В случае, если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

## Расчёт тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (законченный случай лечения)

№ п/п	Наименование КПП	Коэффициент относительной затратоёмкости КПП (КЗкпп)	Коэффициент дифференциации (КД)	Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи (КУСкпп)			Управленческий коэффициент (КУкпп)	СТОИМОСТЬ ЗАКОНЧЕННОГО СЛУЧАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ		
				1 уровень	2 уровень	3 уровень		1 уровень	2 уровень	3 уровень
				2,7	1,00	1,05		1,10		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Акушерское дело	0,50	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	23 757,00	24 944,85	26 132,70
2	Акушерство и гинекология	0,80	2,70	1,00	1,05	1,10	1,1009	41 846,54	43 938,86	46 031,19
3	Аллергология и иммунология	0,34	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	16 154,76	16 962,50	17 770,24
4	Гастроэнтерология	1,04	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	49 414,57	51 885,29	54 356,02
5	Гематология	1,37	2,70	1,00	1,05	1,10	0,8500	55 330,06	58 096,56	60 863,07
6	Дерматология	0,80	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	38 011,20	39 911,77	41 812,33
7	Детская кардиология	1,84	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	87 425,77	91 797,06	96 168,35
8	Детская онкология	4,59	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	218 089,29	228 993,75	239 898,22
9	Детская урология-андрология	1,15	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	54 641,11	57 373,16	60 105,22
10	Детская хирургия	1,10	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	52 265,41	54 878,68	57 491,95
11	Детская эндокринология	1,48	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	70 320,73	73 836,77	77 352,80
12	Инфекционные болезни	0,65	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	30 884,10	32 428,31	33 972,51
13	Кардиология	1,49	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	70 795,87	74 335,66	77 875,46
14	Колопроктология	1,36	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	64 619,05	67 850,00	71 080,95
15	Неврология	1,12	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	53 215,69	55 876,47	58 537,26

№ п/п	Наименование КПП	Коэффициент относительной загрatoёмкости КПП (КЗкпг)	Коэффициент дифференциации (КД)	Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи (КУСкпг)			Управленческий коэффициент (КУкпг)	СТОИМОСТЬ ЗАКОНЧЕННОГО СЛУЧАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ		
				1 уровень	2 уровень	3 уровень		1 уровень	2 уровень	3 уровень
			2,7	1,00	1,05	1,10		8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
16	Нейрохирургия	1,20	2,70	1,00	1,05	1,10	0,8500	48 464,29	50 887,50	53 310,71
17	Неонатология	2,96	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	140 641,46	147 673,53	154 705,60
18	Нефрология (без диализа)	1,69	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	80 298,67	84 313,60	88 328,54
19	Онкология	2,24	2,70	1,00	1,05	1,10	0,8900	94 723,92	99 460,12	104 196,31
20	Отоларингология	0,87	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	41 337,19	43 404,04	45 470,90
21	Офтальмология	0,92	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	43 712,89	45 898,53	48 084,17
22	Педиатрия	0,80	2,70	1,00	1,05	1,10	1,1500	43 712,89	45 898,53	48 084,17
23	Пульмонология	1,31	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	62 243,35	65 355,52	68 467,68
24	Ревматология	1,44	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	68 420,17	71 841,18	75 262,19
25	Сердечно-сосудистая хирургия	1,18	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	56 066,53	58 869,85	61 673,18
26	Стоматология детская	0,79	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	37 536,06	39 412,87	41 289,67
27	Терапия	0,77	2,70	1,00	1,05	1,10	1,1900	43 537,08	45 713,94	47 890,79
28	Торакальная хирургия	2,09	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	99 304,27	104 269,49	109 234,70
29	Травматология и ортопедия	1,37	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	65 094,19	68 348,90	71 603,61
30	Урология	1,20	2,70	1,00	1,05	1,10	0,8500	48 464,29	50 887,50	53 310,71
31	Хирургия	0,90	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	42 762,61	44 900,74	47 038,87
32	Хирургия (абдоминальная)	1,20	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	57 016,81	59 867,65	62 718,49

№ п/п	Наименование КПП	Коэффициент относительной загатоёмкости КПП (КЗкпг)	Коэффициент дифференциации (КД)	Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи (КУСкпг)			Управленческий коэффициент (КУкпг)	СТОИМОСТЬ ЗАКОНЧЕННОГО СЛУЧАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ		
				1 уровень	2 уровень	3 уровень		1 уровень	2 уровень	3 уровень
			2,7	1,00	1,05	1,10				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
33	Хирургия (комбустиология)	1,95	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	92 652,31	97 284,93	101 917,54
34	Челюстно-лицевая хирургия	1,18	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	56 066,53	58 869,85	61 673,18
35	Эндокринология	1,40	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	66 519,61	69 845,59	73 171,57
36	Прочее	0,58	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	27 558,12	28 936,03	30 313,94
37	Медицинская реабилитация	0,75	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	35 635,50	37 417,28	39 199,05

### 3. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Магаданской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2016 год, составляет – 2598,70 рублей на 1 застрахованное лицо.

3.2. Перечень групп заболеваний, в том числе клиничко-профильных групп с указанием относительных коэффициентов затратоёмкости КПП (Таблица 20):

Таблица 20

№	Профиль КПП	Коэффициент относительной затратоёмкости КПП (КЗкпп)
1	Акушерское дело	0,50
2	Акушерство и гинекология	0,80
3	Аллергология и иммунология	0,98
4	Гастроэнтерология	0,89
5	Гематология	1,17
6	Дерматология	1,54
7	Детская кардиология	0,98
8	Детская онкология	9,23
9	Детская урология-андрология	1,42
10	Детская хирургия	1,60
11	Детская эндокринология	1,49
12	Инфекционные болезни	0,92
13	Кардиология	0,80
14	Колопроктология	1,70
15	Неврология	1,05
16	Нейрохирургия	1,06
17	Неонатология	1,87
18	Нефрология (без диализа)	2,74
19	Онкология	3,01
20	Оториноларингология	0,98
21	Офтальмология	0,98
22	Педиатрия	0,93
23	Пульмонология	0,90
24	Ревматология	1,46
25	Сердечно-сосудистая хирургия	1,88
26	Стоматология детская	0,98
27	Терапия	0,74
28	Торакальная хирургия	1,32
29	Травматология и ортопедия	1,25
30	Урология	0,98
31	Хирургия	0,92
32	Хирургия (абдоминальная)	1,85
33	Хирургия (кобустология)	1,10

№	Профиль КПП	Коэффициент относительной затратоемкости КПП (КЗкпп)
34	Челюстно-лицевая хирургия	0,89
35	Эндокринология	1,23
36	Прочее	1,0
37	Медицинская реабилитация	0,75

3.3. Размер средней стоимости законченного случая (базовая ставка финансирования), включенного в КПП на 2016 год, составляет 10 937,44 руб.

3.4. Коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» составляет для медицинских организаций Магаданской области – 2,702, в том числе для медицинских организаций Магаданской области кроме Северо-Эвенского района – 2,7, для Северо-Эвенского района 2,82.

3.5. Установить коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара:

- для первого уровня – 1,00;
- для второго уровня – 1,05;
- для третьего уровня – 1,10.

3.6. Установить управленческий коэффициент для клинико-профильных групп:

- |                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| 1) Педиатрия – 1,059;   | 4) Нейрохирургия – 0,800; |
| 2) Терапия – 1,059;     | 5) Урология – 0,800;      |
| 3) Гематология – 0,850; | 6) Онкология – 0,898.     |

3.7. Медицинские организации оказывающие медицинскую помощь в условиях дневного стационара, относящиеся к первому уровню оказания медицинской помощи распределить на три подуровня (Таблица 21):

Таблица 21

1 подуровень	2 подуровень	3 подуровень
МОГБУЗ «МСЧ "Авимедицина», МОГБУЗ «Поликлиника № 1», МОГБУЗ «Поликлиника № 2», МОГБУЗ «Поликлиника № 3».	МОГБУЗ «Хасынская РБ», МОГБУЗ «Ольская РБ», МОГБУЗ «Сусуманская РБ», ГБУЗ «Магаданская областная детская больница», ФКУЗ МСЧ «МВД России по Магаданской области»	МОГБУЗ «Среднеканская РБ», МОГБУЗ «Генькинская РБ», МОГБУЗ «Омсукчанская РБ», МОГБУЗ «Ягоднинская РБ» (за исключением КПП – «Акушерство и гинекология»)

3.8. Установить для медицинских организаций оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, относящимся к первому уровню оказания медицинской помощи, коэффициент подуровня:

- для первого подуровня – 0,8742;
- для второго подуровня – 0,9000;
- для третьего подуровня – 1,3000.

3.9. Расчёт тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров Таблица 22.

3.10. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, рассчитанные с учётом применения коэффициента подуровня (применяемые в том числе, для осуществления межтерриториальных расчётов), установлены в Разделе 3 Приложения № 1 настоящего Соглашения.

3.11. *Оплата случаев лечения при проведении диализа в условиях дневного стационара.*

3.11.1. При проведении процедур диализа, включающего различные методы, для оплаты указанных процедур, оказываемых в условиях дневного стационара, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу.

3.11.2. Стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КПП в рамках одного случая лечения.

3.11.3. Перечень тарифов на оплату процедур диализа с учетом применения различных методов представлен в Разделе 5 Приложения 1 к настоящему Соглашению.

3.11.4. В целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения. При этом в период лечения в дневном стационаре пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. В случае, если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств обязательного медицинского страхования), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

## Расчёт тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (законченный случай лечения)

1	Наименование КПП	Коэффициент относительной затратоёмкости КПП	Коэффициент дифференциации (КД)	Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи (КУСкпп)			Управленческий коэффициент (КУкпп)	СТОИМОСТЬ ЗАКОНЧЕННОГО СЛУЧАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ		
				1 уровень	2 уровень	3 уровень		1 уровень	2 уровень	3 уровень
				2,7	1,00	1,05				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Акушерское дело	0,50	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	14 765,54	15 503,82	16 242,10
2	Акушерство и гинекология	0,80	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	23 624,87	24 806,11	25 987,36
	в том числе: Экстракорпоральное оплодотворение	9,83	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	290 290,60	304 805,12	319 319,65
3	Аллергология и иммунология	0,98	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	28 940,47	30 387,49	31 834,51
4	Гастроэнтерология	0,89	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	26 282,67	27 596,80	28 910,94
5	Гематология	1,17	2,70	1,00	1,05	1,10	0,8500	29 368,67	30 837,10	32 305,53
6	Дерматология	1,54	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	45 477,88	47 751,77	50 025,66
7	Детская кардиология	0,98	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	28 940,47	30 387,49	31 834,51
8	Детская онкология	9,23	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	272 571,94	286 200,54	299 829,14
9	Детская урология-андрология	1,42	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	41 934,14	44 030,85	46 127,56
10	Детская хирургия	1,60	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	47 249,74	49 612,23	51 974,71
11	Детская эндокринология	1,49	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	44 001,32	46 201,39	48 401,45
12	Инфекционные болезни	0,92	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	27 168,60	28 527,03	29 885,46
13	Кардиология	0,80	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	23 624,87	24 806,11	25 987,36
14	Колопроктология	1,70	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	50 202,85	52 712,99	55 223,13
15	Неврология	1,05	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	31 007,64	32 558,02	34 108,41
16	Нейрохирургия	1,06	2,70	1,00	1,05	1,10	0,8000	25 042,36	26 294,48	27 546,60
17	Неонатология	1,87	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	55 223,13	57 984,29	60 745,45

	Наименование КПП	Коэффициент относительной затратёмкости КПП	Коэффициент дифференциации (КД)	Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи (КУСкпп)			Управленческий коэффициент (КУкпп)	СТОИМОСТЬ ЗАКОНЧЕННОГО СЛУЧАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ		
				1 уровень	2 уровень	3 уровень		1 уровень	2 уровень	3 уровень
				2,7	1,00	1,05				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
18	Нефрология (без диализа)	2,74	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	80 915,18	84 960,94	89 006,70
19	Онкология	3,01	2,70	1,00	1,05	1,10	0,8980	79 821,94	83 813,04	87 804,13
20	Отоларингология	0,98	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	28 940,47	30 387,49	31 834,51
21	Офтальмология	0,98	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	28 940,47	30 387,49	31 834,51
22	Педиатрия	0,93	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0590	29 084,28	30 538,50	31 992,71
23	Пульмонология	0,90	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	26 577,98	27 906,88	29 235,78
24	Ревматология	1,46	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	43 115,39	45 271,16	47 426,93
25	Сердечно-сосудистая хирургия	1,88	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	55 518,45	58 294,37	61 070,29
26	Стоматология детская	0,98	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	28 940,47	30 387,49	31 834,51
27	Терапия	0,74	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0590	23 142,33	24 299,45	25 456,57
28	Торакальная хирургия	1,32	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	38 981,04	40 930,09	42 879,14
29	Травматология и ортопедия	1,25	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	36 913,86	38 759,55	40 605,25
30	Урология	0,98	2,70	1,00	1,05	1,10	0,8000	23 152,37	24 309,99	25 467,61
31	Хирургия	0,92	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	27 168,60	28 527,03	29 885,46
32	Хирургия (абдоминальная)	1,85	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	54 632,51	57 364,14	60 095,76
33	Хирургия (комбустиология)	1,10	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	32 484,20	34 108,41	35 732,62
34	Челюстно-лицевая хирургия	0,89	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	26 282,67	27 596,80	28 910,94
35	Эндокринология	1,23	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	36 323,24	38 139,40	39 955,56
36	Прочее	1,00	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	29 531,09	31 007,64	32 484,20
37	Медицинская реабилитация	0,75	2,70	1,00	1,05	1,10	1,0000	22 148,32	23 255,73	24 363,15

#### 4. Размер и структура тарифа на оплату скорой медицинской помощи.

4.1. Численность застрахованного населения обслуживаемого скорой медицинской помощи, определяется на 01 января 2016 года по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц с учётом прикрепления граждан к медицинским организациям.

4.2. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи ( $\Phi O_{\text{СМП}}^{\text{СР}}$ ), оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Магаданской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования и размера межбюджетного трансферта, направляемого в бюджет территориального фонда из областного бюджета на финансирование скорой медицинской помощи, на 2016 год составляет – **2051,85** руб. на 1 застрахованное лицо.

4.3. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи ( $\Pi_{\text{БАЗ}}$ ), оказываемой вне медицинской организации, в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепленное к станции (отделению) скорой медицинской помощи, в расчёте на 1 месяц составил 177,72 рублей.

4.4. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации (Таблица 23):

Таблица 23

Возраст	Пол	Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи
1	2	3
0-1	муж.	1,259
	жен.	1,171
1-4	муж.	1,701
	жен.	1,551
5-17	муж.	0,779
	жен.	0,733
18-59	муж.	0,670
18-54	жен.	0,767
60 и старше	муж.	1,660
55 и старше	жен.	1,894

4.5. Коэффициенты дифференциации подушевого норматива, рассчитанные для медицинских организаций (Таблица 24):

Таблица 24

№ п.п.	Наименование МО	Коэффициенты дифференциации			
		Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для медицинских организаций	Коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных региональной "дорожной картой"	Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива для каждой медицинской организации	Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива <i>i</i> -той группы медицинских организаций
		КД <sub>пвс</sub>	КД <sub>зп</sub>	КД <sub>инт</sub>	СКД <sub>инт<i>i</i></sub>
1	2	3	4	5	6
1	МОГБУЗ "Станция скорой медицинской помощи"	0,994	0,915	0,910	0,912
2	МОГБУЗ "Хасынская РБ"	1,029	0,913	0,939	
3	МОГБУЗ "Ягоднинская РБ"	1,012	1,025	1,037	1,037
4	МОГБУЗ "Ольская РБ"	1,027	1,011	1,038	
5	МОГБУЗ "Омсукчанская РБ"	0,967	1,071	1,036	
6	МОГБУЗ "Среднеканская РБ"	1,035	1,378	1,426	1,540
7	МОГБУЗ "Сусуманская РБ"	1,001	1,253	1,254	
8	МОГБУЗ "Тенькинская РБ"	1,012	2,070	2,095	

4.6. Дифференцированные подушевой нормативы финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций (Таблица 25):

Таблица 25

№ п.п.	Наименование МО	Дифференцированные подушевой нормативы финансирования СМП для <i>i</i> группы	Поправочный коэффициент	Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования СМП для <i>i</i> группы
		Д <sub>пн<i>i</i></sub>		ПК
1	2	3	4	5
1	МОГБУЗ "Станция скорой медицинской помощи"	162,05	1,000762804	161,93
2	МОГБУЗ "Хасынская РБ"			

№ п.п.	Наименование МО	Дифференцированный подушевой норматив финансирования СМП для i группы	Поправочный коэффициент	Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования СМП для i группы
		Дпн <sup>і</sup>	ПК	ФДпн <sup>і</sup>
1	2	3	4	5
3	МОГБУЗ "Ягоднинская РБ"	184,36		184,22
4	МОГБУЗ "Ольская РБ"			
5	МОГБУЗ "Омсукчанская РБ"			
6	МОГБУЗ "Среднеканская РБ"	273,62		273,41
7	МОГБУЗ "Сусуманская РБ"			
8	МОГБУЗ "Тенькинская РБ"			

4.7. Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива, численности обслуживаемого населения, а также объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{СМП}} = \Phi \text{ДПн}^i \times \text{Чз}^{\text{ПР}}, \text{ где:}$$

$\Phi O_{\text{СМП}}$  – размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей;

$\Phi \text{ДПн}^i$  – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей;

$\text{Чз}^{\text{ПР}}$  – численность застрахованных лиц, прикрепленных к данной медицинской организации на 01.01.2016 года, человек.

4.8. Размер ежемесячного финансового обеспечения медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь за счет средств обязательного медицинского страхования в 2016 году, в том числе в разрезе страховых медицинских организаций установлен в Приложении № 19 настоящего Соглашения.

4.9. В реестры счетов на оплату медицинской помощи в обязательном порядке включаются все единицы объема оказанной скорой медицинской помощи по установленным тарифам.

4.10. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов установлены в Разделе 4 Приложения № 1 настоящего Соглашения.

**IV. Раздел «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи», а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества».**

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества указан в Приложении №12 к настоящему Соглашению.

**V. Раздел «Заключительные положения».**

1. Медицинская организация, осуществляющая свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, ведет отдельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования.

2. Медицинская организация, осуществляющая свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, использует средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программой обязательного медицинского страхования.

3. Нецелевым использованием средств обязательного медицинского страхования является направление средств и оплата денежных обязательств в целях, не соответствующих полностью или частично целям, определенным законом, договором (соглашением) либо иным документом, являющимся правовым основанием предоставления указанных средств - территориальной программой обязательного медицинского страхования, тарифным соглашением, договорами, заключенными в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъекта Российской Федерации.

4. Контроль за целевым и эффективным использованием средств обязательного медицинского страхования, полученных медицинской организацией за медицинские услуги, оказанные по территориальной программе ОМС, осуществляется территориальным фондом обязательного медицинского страхования путем проведения проверок и ревизий в медицинской организации, осуществляющей свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

5. За использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация уплачивает в бюджет территориального фонда штраф в размере 10 процентов от суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования.

6. Настоящее Соглашение вводится в действие с 01 октября 2016 года по согласованию со всеми заинтересованными сторонами.

## Представители сторон тарифного соглашения:

### от исполнительного органа

#### государственной власти Магаданской области:

Министр здравоохранения и демографической политики Магаданской области

\_\_\_\_\_»  
«01» ноября 2016 г.

И.Е. Ларина

Первый заместитель министра здравоохранения и демографической политики Магаданской области

\_\_\_\_\_»  
«01» ноября 2016 г.

Е.В. Кузьменко

Заместитель начальника отдела планирования, прогнозирования и экономического анализа министерства здравоохранения и демографической политики Магаданской области

\_\_\_\_\_»  
«01» ноября 2016 г.

Захаренко Н.Н.

#### от Территориального фонда обязательного медицинского страхования Магаданской области:

Заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Магаданской области

\_\_\_\_\_»  
«01» ноября 2016 г.

О.И. Казанцева

Начальник отдела организации обязательного медицинского страхования Территориального фонда обязательного медицинского страхования Магаданской области

\_\_\_\_\_»  
«01» ноября 2016 г.

А.Н. Гаврилова

Главный специалист отдела по расчёту территориальной программы ОМС и тарифов на оплату медицинских услуг Территориального фонда обязательного медицинского страхования Магаданской области

\_\_\_\_\_»  
«01» ноября 2016 г.

Е.Д. Янкова

#### от страховых медицинских организаций:

Директор филиала АО «ГСМК «Сахамедстрах» в г. Магадане Магаданской области

\_\_\_\_\_»  
«01» ноября 2016 г.

В.А. Яковлева

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

\_\_\_\_\_»  
«01» ноября 2016 г.

О.М. Сухарева

Руководитель финансово-экономической службы Магаданского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»

\_\_\_\_\_»  
«01» ноября 2016 г.

С.А. Чухломина

**от профессиональных медицинских ассоциаций  
Магаданской области**

Председатель правления общественной  
организации «Магаданская  
Областная Медицинская Ассоциация»

\_\_\_\_\_  
«01» ноября 2016 г.

М.В. Гордин

Член правления общественной организации  
«Магаданская  
Областная Медицинская Ассоциация»

\_\_\_\_\_  
«01» ноября 2016 г.

И.Б. Раковец

Член правления общественной организации  
«Магаданская  
Областная Медицинская Ассоциация»

\_\_\_\_\_  
«01» ноября 2016 г.

Р.Д. Коханская

**от профессиональных союзов медицинских  
работников**

Председатель Магаданского обкома профсоюза  
работников здравоохранения РФ

\_\_\_\_\_  
«01» ноября 2016 г.

Л.А. Додина

Член Магаданской областной организации  
профсоюза работников здравоохранения  
Российской Федерации

\_\_\_\_\_  
«01» ноября 2016 г.

М.В. Гагина

Член Магаданской областной организации  
профсоюза работников здравоохранения  
Российской Федерации

\_\_\_\_\_  
«01» ноября 2016 г.

С.Н. Тараканов