

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
о стоимости и порядке оплаты медицинских услуг, предоставляемых по
Территориальной программе обязательного медицинского страхования
Магаданской области в 2020 году

№ 1

«28» декабря 2019 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 Тарифное соглашение о стоимости и порядке оплаты медицинских услуг, предоставляемых по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Магаданской области в 2020 году (далее – Соглашение), о нижеследующем:

I. Раздел «Общие положения»

1.1. 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";
- ✓ Указом Президента РФ от 07.05.2012 № 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики";
- ✓ Постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462 "О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования";
- ✓ Постановлением Правительства РФ от 18.10.2018 № 1240 «О внесении изменений в постановление Правительства РФ от 05.05.2012 № 462»;

- ✓ Постановлением Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»;
- ✓ приказом Минздрава РСФСР от 02.08.1991 № 132 «О совершенствовании службы лучевой диагностики»;
- ✓ приказом Приказ Минздравмедпрома РФ от 05.04.1996 № 128 "О дополнении к приказу Минздрава РСФСР от 02.08.1991 N 132 "О совершенствовании службы лучевой диагностики"
- ✓ приказом Минздравмедпрома РФ от 31.05.1996 № 222 "О совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях здравоохранения Российской Федерации"
- ✓ приказом Минздрава РФ от 25.12.1997 № 380 «О состоянии и мерах по совершенствованию лабораторного обеспечения диагностики и лечения пациентов в учреждениях здравоохранения»;
- ✓ 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.
- ✓ приказом Минздрава России от 06.08.2013 № 529н "Об утверждении номенклатуры медицинских организаций";
- ✓ приказом Министерства здравоохранения РФ от 15.02.2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»;
- ✓ приказом Минздрава России от 11.04.2013 N 216н "Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью"
- ✓ приказом Минздрава России от 10.08.2017 N 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних".
- ✓ приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;
- ✓ приказом Минздрава России от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;
- ✓ приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования»;
- ✓ приказом ФОМС от 28.02.2010 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;
- ✓ приказом ФОМС от 21.11.2018 года № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;
- ✓ письмом Минздрава России от 24.12.2019 г. № 11-7/и/2-12330 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий

бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов»;

✓ совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.12.2019 г. № № 11-7/и/2-11779 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12.12.2019 № 17033/26-2/и о направлении в субъекты РФ методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования;

✓ письмом ФОМС от 13.12.2019 № 17151/26-1/и «О направлении инструкции по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования»;

✓ Законом Магаданской области от 25.12.2019г. № 2449-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Магаданской области на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов»;

✓ Постановлением Правительства Магаданской области от 28.12.2019г № 941-пп «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Магаданской области на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов».

1.2. 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 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 07 декабря 2019 г. № 1610
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 Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования
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
КПП	- 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 области	- Министерство здравоохранения и демографической политики Магаданской области
ФОМС	- Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
СМП	- Скорая медицинская помощь
Методические рекомендации по способам оплаты	- Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленные в субъекты Российской Федерации совместным письмом от 12.12.2019 года Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/и/2-11779 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 17033/26-2/и.

1.3. Тарифы на оплату медицинской помощи

1.3.1. Тарифы на медицинскую помощь являются предметом соглашения между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации (Минздрав 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.

1.3.2. 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.

1.3.3. 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).

1.3.4. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцированно с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций:

1) коэффициент первого уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

2) коэффициент второго уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований,

а также для специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров, диспансеров;

3) коэффициент третьего уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

1.3.5. 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.

1.3.6. При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи применяется коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462 "О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования", который для Магаданской области на 2020 год составляет 3,102.

1.3.7. Шкала тарифов предусматривает компенсацию затрат по клинко-профильным группам заболеваний или клинко-статистическим группам заболеваний, врачебным специальностям и специалистам со средним медицинским образованием, ведущим самостоятельный приём, включая распределенные по КПП или КСГ и врачебным специальностям, расходов реанимационных, анестезиологических, лечебных манипуляций, диагностических исследований, медицинских услуг параклинических подразделений, а также общеучрежденческих расходов (АУП, ХОП, общебольничный персонал), за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии в амбулаторных условиях.

1.3.8. Финансовое обеспечение проведения прижизненных гистологических и цитологических исследований взятого у пациентов биологического материала патологоанатомическими отделениями многопрофильных медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования, осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

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

1.3.10. 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.

1.3.11. 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 том числе территориальных нормативов объёмов медицинской помощи).

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

1.3.13. В целях реализации пункта 3 Правил, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 15.12.2018 N 1563 "О порядке оказания сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, отдельным категориям граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел, органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, членам их семей и лицам, находящимся на их иждивении, медицинской помощи и обеспечения их санаторно-курортным лечением", Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Магаданской области (далее - МСЧ) в соответствии с заключенным между МСЧ и медицинской организацией договором об оказании медицинской помощи сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации медицинской организацией, возмещает расходы медицинским организациям, связанные с оказанием первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной доврачебной, первичной врачебной и первичной специализированной, а также специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (далее - медицинская помощь), сотрудникам, которые проходят службу (проживают) в Магаданской области, по тарифам на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным настоящим тарифным соглашением.

1.4. В целях реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Магаданской области в 2020 году, утвердить:

- Тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями, работающими в системе обязательного медицинского страхования Магаданской области, предоставляемых в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, 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, согласно Приложению № 2 к настоящему Соглашению;
- Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной

специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, согласно Приложению № 3 к настоящему Соглашению;

- Методику расчёта тарифов на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования Магаданской области на 2020 год, согласно Приложению № 4 к настоящему Соглашению;

- 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 № 5 к настоящему Соглашению;

- Объём финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь в рамках базовой программы ОМС на 2020 год, в том числе в разрезе страховых медицинских организаций, согласно Приложению № 6 к настоящему Соглашению;

- Объём финансового обеспечения медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь за счет средств обязательного медицинского страхования в 2020 году, в том числе в разрезе страховых медицинских организаций, согласно Приложению № 7 к настоящему Соглашению;

- Объём финансового обеспечения медицинских организаций по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, в том числе в разрезе страховых медицинских организаций, согласно Приложению № 8 к настоящему Соглашению;

- Объём финансового обеспечения медицинских организаций, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, имеющих прикрепившихся лиц, в том числе в разрезе страховых медицинских организаций, согласно Приложению № 9 к настоящему Соглашению;

- Порядок оплаты профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения на 2020 год согласно Приложению № 10;

- Порядок оплаты диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях Магаданской области детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации на 2020 год согласно Приложению № 11;

- 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 2020 год согласно Приложению № 12;

- Порядок оплаты прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них на 2020 год согласно Приложению № 13;

- Инструкция по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, согласно Приложению № 14.

- Данные для расчёта тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях круглосуточного и дневного стационаров по КППГ и КСГ, согласно Приложению № 15 (Таблицы № 1-6).

1.5. Порядок оплаты медицинской помощи

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

- страховыми медицинскими организациями за оказанные медицинские услуги гражданам, застрахованным на территории Магаданской области, на основании договора с медицинскими организациями на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

- территориальным фондом обязательного медицинского страхования за оказанные за пределами Магаданской области медицинские услуги гражданам, застрахованным на территории Магаданской области, в соответствии с разделом X Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н.

1.5.2. 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.

1.5.3. Медицинская помощь в экстренной форме, оказанная застрахованным лицам в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях и состояниях, входящих в базовую программу, медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования при условии их включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, по тарифам на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии.

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

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

1.5.6. 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, утвержденным Приказом ФОМС № 36 от 28.02.2019 года.

1.5.7. 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 №№ 1-2,10-13 к настоящему Соглашению, в пределах объемов финансового обеспечения, установленных Приложениями № 7-9 к настоящему Соглашению.

1.5.8. Формирование счета за оказанные медицинские услуги производится в соответствии с требованиями приказа ФОМС от 07.04.2011 № 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования" и регламента информационного взаимодействия при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования на территории Магаданской области.

1.5.9. 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 организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС и применением финансовых санкций в соответствии с Приложением № 5 к настоящему Соглашению, по тарифам, действующим на дату выписки пациента.

1.5.10. 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.

1.5.11. 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».

II. Раздел «Способы оплаты медицинской помощи»

2.1. При реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Магаданской области в 2020 году применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации:

2.1.1. при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной

томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии);

- оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации;

2.1.2. при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, в том числе, в клинко-профильные группы (КПП) и клинко-статистические группы (КСГ);

- за законченный случай лечения при использовании методов лечения при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования;

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

- за услугу диализа.

2.1.3. при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, в том числе, в клинко-профильные группы (КПП) и клинко-статистические группы (КСГ);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

- за услугу диализа.

2.1.4. 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.

2.1.5. по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (показателей объема медицинской помощи);

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

2.2.1. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется в следующем порядке:

2.2.1.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи, осуществляется по медицинским организациям, имеющим прикрепленное население, по всем врачебным специальностям, а также медицинской помощи, оказанной средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный приём за исключением расходов, указанных в пункте 2.3.1 настоящего Соглашения.

2.2.1.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) осуществляется в следующем порядке:

а) оплата медицинской помощи по врачебным специальностям не включенным в подушевой норматив финансирования, 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 самостоятельной медицинской услуги (исследования) при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований

и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии;

- стоимость 1 медицинской услуги, при оказании стоматологической помощи;
- стоимость 1 услуги диализа;
- стоимость законченного случая при оплате диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, порядка проведения которых установлены нормативно-правовыми актами.

б) оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, 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 самостоятельной медицинской услуги (исследования);
- стоимость 1 медицинской услуги, при оказании стоматологической помощи;
- стоимость 1 услуги диализа.

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

2.2.2.1. Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (Таблица 1):

Таблица 1

№ п/п	Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц
1.	ГБУЗ «Магаданская областная детская больница»
2.	МОГБУЗ «Поликлиника № 1»
3.	МОГБУЗ «МСЧ «Авиамедицина»»

2.2.2.2. Медицинские организации, участвующие в реализации ТПОМС, 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) (Таблица 2):

Таблица 2

№ п/п	Наименование медицинской организации
1	2
ПЕРВЫЙ УРОВЕНЬ:	
1	ГБУЗ "Магаданский областной центр медицинской профилактики"
2	МОГБУЗ "Поликлиника № 1"
3	МОГБУЗ "Стоматологическая поликлиника"
4	МОГБУЗ "Медико-санитарная часть "Авиамедицина"
5	ОГБУЗ "Магаданский родильный дом"
6	ГБУЗ "Магаданская областная детская больница"
7	МОГБУЗ "Ольская районная больница"
8	МОГБУЗ "Омсукчанская районная больница"
9	МОГБУЗ "Северо-Эвенская районная больница"
10	МОГБУЗ "Среднеканская районная больница"
11	МОГБУЗ "Сусуманская районная больница"
12	МОГБУЗ "Тенькинская районная больница"
15	МОГАУЗ "Хасынская районная больница"
13	МОГБУЗ "Ягоднинская районная больница"
14	ООО "Дантист-Плюс"
15	ООО "Вита"
16	ООО "Дантист"
17	ООО "Вита-Дент"
18	ООО "Стоматологический кабинет «Доверие»"
19	ООО "Мой доктор"
20	ООО "Дантист XXI век"
21	ООО "ЮНИЛАБ-ХАБАРОВСК"
22	ООО "МРТ-Магадан"
23	ООО «КРИСТАЛЛ»
24	ООО «Балтийская медицинская компания»
ВТОРОЙ УРОВЕНЬ:	
1	ГБУЗ "Магаданский областной онкологический диспансер"
ТРЕТИЙ УРОВЕНЬ:	
1	ГБУЗ "Магаданская областная больница"

2.2.3. При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи,

оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

2.2.4. Перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу (таблица 3):

Таблица 3

Условия оказания медицинской помощи	Перечень видов медицинской помощи	Форма оказания медицинской помощи	Единица объема медицинской помощи
Амбулаторные	первичная медико-санитарная помощь	Плановая	посещение (посещение с профилактической и иной целью), обращение (в том числе посещение учреждения здравоохранения и посещение на дому)

2.3. Сведения о применении способа оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи (далее – подушевой норматив).

2.3.1. В подушевой норматив оплаты медицинской помощи оказанной в амбулаторных условиях не включаются:

- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;
- расходы на оплату самостоятельных диагностических услуг (лабораторных исследований), в том числе услуг по проведению компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии;
- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;
- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;
- расходы на оплату стоматологической медицинской помощи;
- расходы на оплату амбулаторной медицинской помощи по профилю «акушерство-гинекология»;
- расходы на оплату консультативной медицинской помощи, оказанной районным больницам специалистами мобильной бригады при ГБУЗ «Магаданская областная детская больница» (врач-невролог, врач-хирург, врач-педиатр);

– расходы на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

2.3.2. Оплата диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений), включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение.

2.3.3. Распределение застрахованных лиц по медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, устанавливается на 01 декабря 2019 года (по территориальному принципу).

2.3.4. 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:

- до года мужчины/женщины;
- год - четыре года мужчины/женщины;
- пять - семнадцать лет мужчины/женщины;
- восемнадцать - шестьдесят четыре года мужчины/женщины;
- шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

2.3.5. Для расчета стоимости медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях и их обособленных подразделениях, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, применяются следующие коэффициенты дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия указанных подразделений и расходов на их содержание и оплату труда персонала: для медицинских организаций, обслуживающих до 20 тысяч человек, - не менее 1,113, для медицинских организаций, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, - не менее 1,04.

2.3.5.1.1. Перечень медицинских организаций, для которых применяется коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (КД_{от}) (Таблица 4):

Таблица 4

№ п/п	Перечень медицинских организаций для которых применяется КД _{от}	Численность обслуживаемого населения на 01.12.2019 года	Установленное значение КД _{от}
8.	МОГБУЗ «МСЧ «Авиамедицина»	3 388	1,113

2.3.6. Для расчета стоимости медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой лицам в возрасте 65 лет и старше, применяется коэффициент дифференциации для подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц не менее 1,6.

2.3.7. В состав подушевого норматива входят: заработная плата (в том числе выплаты стимулирующего характера врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики, медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, медицинских сестер врачей-педиатров участковых, медицинским сестрам врачей общей практики за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, устанавливаемые с учетом целевых показателей деятельности медицинской организации, критериев выполнения объёмных показателей, качества и доступности оказанной медицинской помощи), прочие выплаты, начисления на выплаты по оплате труда, приобретение мягкого инвентаря, приобретение медицинского инструментария, расходных материалов, реактивов и химикатов; 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 за единицу.

2.3.8. Фактический размер подушевого финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, складывается из:

- расчетного объема подушевого финансирования;
- суммы средств на авансирование медицинской помощи;
- суммы средств, подлежащих исключению из финансирования по результатам взаиморасчета с другими МО за пациентов, прикрепленных к данному МО, но получивших амбулаторную медицинскую помощь в других МО по Направлениям данной МО);
- суммы средств, полученных на пациентов, прикрепленных к другим МО, но в отчетном периоде пролеченных в данном МО по Направлениям других МО);
- суммы средств, подлежащих оплате по счетам на оплату медицинской помощи и реестрам счетов ранее отклоненных по результатам МЭК, доработанных и представленных на оплату в страховую медицинскую организацию;
- суммы средств, подлежащих исключению из финансирования по результатам проведения МЭК, МЭЭ и ЭКМП.

2.3.9. 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, установленный в Приложении № 9 к настоящему Соглашению. При этом выполнение объемов учитывается нарастающим итогом с начала года.

2.3.10. Итоговый объем финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в конкретной медицинской организации определяется следующим образом:

$$\Phi O_{\text{ФАКТ}}^i = OC_{\text{ДС}}^i + \Phi ДП_{\text{Н}}^i * Ч_{\text{З}}^i + OC_{\text{ИССЛЕД}}^i + OC_{\text{ПО}}^i + OC_{\text{ДИСП}}^i + OC_{\text{НЕОТЛ}}^i + OC_{\text{ЕО}}^i,$$

где:

$\Phi O_{\text{ФАКТ}}^i$	фактический размер финансового обеспечения i -той медицинской организации в части оказания первичной медико-санитарной помощи, рублей;
$OC_{\text{ДС}}^i$	размер средств, направляемых на оплату первичной медико-санитарной помощи по КСГ/КПГ, оказываемой в i -той медицинской организации в условиях дневного стационара, рублей;
$OC_{\text{ИССЛЕД}}^i$	размер средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, в том числе компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, в i -той медицинской организации, рублей;
$OC_{\text{ПО}}^i$	размер средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в i -той медицинской организации, рублей;
$OC_{\text{ДИСП}}^i$	размер средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в i -той медицинской организации, рублей;
$OC_{\text{НЕОТЛ}}^i$	размер средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в i -той медицинской организации, рублей;
$OC_{\text{ЕО}}^i$	размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в i -той медицинской организации в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, рублей.

2.3.11. Межучережденческие расчёты

2.3.11.1. Межучережденческие расчёты производятся между медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население, за медицинскую помощь, включенную в подушевой норматив финансирования и оказанную неприкрепленному населению и осуществляются СМО из средств, полученных по дифференцированным

подушевым нормативам финансового обеспечения ОМС. Взаиморасчеты осуществляются по тарифам, установленным в Приложении № 1 к настоящему Соглашению.

2.3.11.2. Взаиморасчеты между медицинскими организациями за оказание амбулаторной медицинской помощи неприкрепленному населению по специальностям «терапия» и «педиатрия», а также средним медицинским персоналом (фельдшером), ведущим самостоятельный прием, и по специальности «врач общей практики», как оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослым и детям производятся в следующих случаях:

- при вакцинации (взаиморасчеты производятся за посещение с профилактической целью);

- при патронаже и обращении по поводу заболевания детей до семи лет (взаиморасчеты проводятся за посещение с профилактической целью и за обращение по поводу заболеваний соответственно);

- при обращении или посещении по поводу заболевания неприкрепленных граждан в медицинскую организацию, если эти граждане постоянно проживают и прикреплены вне населенного пункта, в котором находится указанная медицинская организация, оказавшая медицинскую помощь неприкрепленному гражданину. Например: обращение по поводу заболевания в медицинскую организацию г. Магадана жителя из района Магаданской области (взаиморасчеты производятся за обращение и посещение по поводу заболевания).

2.3.11.3. Первичная специализированная медицинская помощь (узкие специалисты и др.) оказывается медицинской организацией неприкрепленному населению при наличии направления медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, либо в случае обращения неприкрепленного гражданина по поводу заболевания к терапевту (педиатру) в медицинскую организацию другого населенного пункта (пункт 2.3.12.2). Отметка о медицинской организации, выдавшей направление, проставляется в реестрах счетов. Направление вклеивается в карту амбулаторного больного. При отсутствии отметки в реестре счетов и направления в карте больного, случай оплате и взаиморасчету не подлежит.

2.3.11.4. Специализированная медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара (дневного стационара) оказывается медицинской организацией неприкрепленному к ней населению при наличии направления медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, либо в случае госпитализации для оказания экстренной, неотложной медицинской помощи. Отметка о медицинской организации, выдавшей направление, проставляется в реестрах счетов. Направление вклеивается в историю болезни. При отсутствии отметки в реестре счетов и направления в истории болезни, случаи оказанной медицинской помощи оплате и взаиморасчетам не подлежат.

2.3.11.5. Межучрежденческие расчёты, указанные в пункте 2.5.4., применяется только между районными больницами.

2.4. Сведения о применении способа оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение.

2.4.1. *Оплата медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за единицу объёма 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»;

- медицинскую 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, в том числе услуг по проведению компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии (только для медицинских организаций, которым установлены объемы на самостоятельные диагностические услуги);

- за услугу диализа;

- комплексное обследование в Центре здоровья для детей;

- комплексное обследование в Центре здоровья для взрослого населения.

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

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

2.4.4. 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. клинко-диагностические, бактериологические, иммуносерологические, цитологические исследования и т.п., за исключением расходов по проведению компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии), 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.

2.4.5. 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.

2.4.6. *Объем медицинской помощи с профилактической и иными целями включают:*

2.4.6.1. Посещения с профилактической целью включают:

- комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров (без учёта диспансеризации)
- комплексное посещение в рамках диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний.

2.4.6.2. Посещения с иными целями включают:

- посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений);
- посещения для проведения 2 этапа диспансеризации,
- разовые посещения в связи с заболеваниями,
- посещения центров здоровья,
- посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;
- посещения центров амбулаторной онкологической помощи;
- посещения в связи выдачей справок и иных медицинских документов
- и другими причинами.

2.4.7. *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.

2.4.8. 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.

В случае, если длительность лечения по следующим заболеваниям: травмы, инсульты, инфаркты, беременность с патологией, превышает один месяц и включает два и более посещений ежемесячно, медицинская организация может 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.

2.4.9. 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 (неотложная помощь);

- 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.

2.4.10. Не подлежат учету по ОМС и оплате по тарифам за врачебное посещение (обращение):

- 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.

2.4.11. *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.*

2.4.12. *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 (Х 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.

2.4.13. Оплата простой услуги, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ), осуществляется по согласованным тарифам за медицинскую услугу при стоматологическом и зубоврачебном посещении стоматологических поликлиник (отделений, кабинетов), в том числе расположенных в участковых больницах и амбулаториях.

При переводе стоматологических посещений в УЕТ установлен переводной коэффициент – **4,2** (т.е. для расчёта планового количества УЕТ на год необходимо утвержденное количество посещений умножить на переводной коэффициент – 4,2).

С целью унификации ведения учета стоматологической помощи и формирования отчетов используется среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях (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 зубоврачебной 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.

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

2.4.14.1. В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляется диспансеризация и профилактические медицинские осмотры отдельных категорий граждан сформированные с учётом приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации:

от 13 марта 2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрирован Минюстом России 24 апреля 2019 г., № 54495),

от 10 сентября 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (зарегистрирован Минюстом России 18 августа 2017 г., № 47855);

от 15 февраля 2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (зарегистрирован Минюстом России 2 апреля 2013 г., № 27964);

от 11 апреля 2013 г. № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (зарегистрирован Минюстом России 21 мая 2013 г., № 28454). Оплата диспансеризации осуществляется по законченному случаю с учетом этапов проведения.

2.4.14.2. В рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Магаданской области на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов» на территории Магаданской области осуществляется:

– диспансеризация определенных групп взрослого населения (Приложение № 10 к настоящему Соглашению);

– диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях Магаданской области детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (Приложение № 11 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 № 12 к настоящему Соглашению);

– прохождение несовершеннолетними медицинских осмотров (Приложение № 13 к настоящему Соглашению);

2.4.14.3. В случае проведения профилактических мероприятий мобильными медицинскими бригадами, к тарифам профилактических мероприятий, установленным в Приложениях №№ 10-13, применяется повышающий коэффициент - 1,2.

2.4.14.4. В случае проведения профилактических мероприятий в выходные дни к тарифам профилактических мероприятий, установленным в Приложениях №№ 10-13, применяется повышающий коэффициент - 1,7. Указанный коэффициент применяется к тарифу на проведение профилактического осмотра (в том числе диспансеризации), в

случае если дата начала и/или дата окончания профилактического мероприятия приходится на субботу/воскресенье.

2.4.14.5. В случае проведения профилактических мероприятий в выходные дни с использованием мобильных бригад к тарифам профилактических мероприятий, установленным в Приложениях №№ 10-13, применяется повышающий коэффициент - 1,9.

2.4.14.6. 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 предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров (обследований), других обязательных медицинских осмотров (обследований), внеочередных медицинских осмотров (обследований) за счет собственных средств обязательных.

2.4.14.7. В целях исключения дублирования исследований, уменьшения нагрузки на медицинский персонал, снижения временных и финансовых затрат для работодателей рекомендуется 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.

2.4.15. Оплата случаев лечения при проведении диализа в амбулаторных условиях.

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу - одну услугу экстракорпорального диализа и один день перитонеального диализа.

При этом в целях учета объемов медицинской помощи необходимо учитывать лечение в течение одного месяца как одно обращение (в среднем 13 услуг экстракорпорального диализа, 12 - 14 в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца).

При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС).

2.4.16. Оплата самостоятельных медицинских услуг, в том числе компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии

2.4.16.1. Перечень медицинских организаций, которым установлен объём самостоятельных диагностических (лабораторных) исследований, в том числе компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии (таблица 5):

Таблица 5

N п/п	Наименование медицинской организации	Перечень самостоятельных диагностических исследований							
		Компьютерная томография	Магнитно-резонансная томографии	Ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой	Эндоскопическое диагностическое исследование	Гистологическое исследование	УЗИ молочных желез, лимфатических узлов	Ультразвуковая денситометрия	КДЛ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	ГБУЗ "Магаданская областная больница"	+	+	+	+	+			
2	ГБУЗ "Магаданский областной онкологический диспансер"	+			+	+	+		
3	МОГБУЗ "Поликлиника № 1"			+				+	
4	МОГБУЗ "Медико-санитарная часть "Авиамедицина"			+					
5	ОГБУЗ "Магаданский родильный дом"			+					
6	ГБУЗ "Магаданская областная детская больница"			+	+				
7	МОГБУЗ "Омсукчанская районная больница"				+				
8	МОГБУЗ "Среднеканская районная больница"				+				
9	МОГБУЗ "Сусуманская районная больница"			+	+				
10	МОГБУЗ "Тенькинская районная больница"				+				
11	МОГАУЗ "Хасынская районная больница"			+	+				
12	МОГБУЗ "Ягоднинская районная больница"	+		+	+				
13	ООО "ЮНИЛАБ-ХАБАРОВСК"								+
14	ООО "МРТ-Магадан"		+						
15	ООО «КРИСТАЛЛ»		+						

2.4.16.2. Соглашением установлены тарифы на проведение самостоятельных диагностических (лабораторных) исследований, в том числе компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, с учетом применения различных видов и методов исследований систем, органов и тканей человека, обусловленного заболеваемостью населения.

Тарифы на самостоятельные диагностические (лабораторные исследования) установлены в разделе 5а Приложения № 1 к настоящему соглашению

2.4.16.3. Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований, в том числе компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний.

Порядок направления на такие исследования устанавливается нормативным правовым актом органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Ежедневно врачу предоставляются сведения о возможных объемах отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии), предоставляемых в конкретных медицинских организациях.

2.4.16.4. Страховые медицинские организации принимают к оплате услуги при наличии направления на исследования от врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, и которого пациент выбрал в порядке прикрепления. Оплата медицинской помощи осуществляется в пределах объемов, установленных Решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

2.4.16.5. Молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний – это комплексное исследование одной зоны интереса биопсийного (операционного и диагностического) материала с постановкой всех необходимых тестов для данного вида опухоли в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению онкологических заболеваний.

Медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Магаданской области данный вид исследования не производится, в связи чем оплата молекулярно-генетических исследований в полном объеме осуществляется в рамках межтерриториальных расчетов

2.4.16.6. Гистологические исследования с целью выявления онкологических заболеваний - это прижизненное патолого-анатомическое исследование в амбулаторных

условиях макро - и микроскопических изменений фрагментов тканей, органов с учетом следующих критериев учета:

- при вырезке, проводке и микротомии - по числу объектов (объектом является один тканевой образец, залитый в один парафиновый или замороженный блок) с последующим описанием материала в соответствии с необходимыми требованиями;
- при окраске микропрепаратов (постановке реакций, определений) - по числу объектов, обработанных одной окраской (реакцией, определением) с последующим описанием материала в соответствии с необходимыми требованиями;
- при пересмотре – описание представленного из одной зоны интереса биопсийного (операционного и диагностического) материала вне зависимости от объема и количества.

Все гистологические исследования осуществляются в целях выявления, подтверждения или уточнения онкологического заболевания.

Иммуно-гистохимические и гистохимические исследования не включены в установленные нормативы отдельных диагностических (лабораторных) исследований.

2.5. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

2.5.14. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) участвующих в реализации ТПОМС, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара по уровням оказания медицинской помощи (Таблица 6):

Таблица 6

№ п/п	Наименование медицинской организации
1	2
ПЕРВЫЙ УРОВЕНЬ:	
1	МОГБУЗ "Медико-санитарная часть "Авиамедицина"
2	МОГБУЗ "Ольская районная больница"
3	МОГБУЗ "Омсукчанская районная больница"
4	МОГБУЗ "Среднеканская районная больница"
5	МОГБУЗ "Сусуманская районная больница"
6	МОГБУЗ "Тенькинская районная больница"
7	МОГАУЗ "Хасынская районная больница"
8	МОГБУЗ "Ягоднинская районная больница"
ВТОРОЙ УРОВЕНЬ:	
1	ГБУЗ "Магаданский областной онкологический диспансер"
2	ОГБУЗ "Магаданский родильный дом"

№ п/п	Наименование медицинской организации
1	2
3	ГБУЗ "Магаданская областная детская больница"
4	НУЗ "Отделенческая клиническая больница на станции Владивосток "ОАО"РЖД"
ТРЕТИЙ УРОВЕНЬ:	
1	ГБУЗ "Магаданская областная больница"

2.5.2. При оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), используются следующие единицы объема медицинской помощи:

2.5.2.1. за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, в том числе, клинико-статистические группы (КСГ).

Указанный способ оплаты применяется:

- для ГБУЗ «Магаданский областной онкологический диспансер»;
- для ГБУЗ «Магаданская областная больница» по профилю «Гематология»;
- для ГБУЗ «Магаданская областная больница» по онкогематологическим КСГ:

st19.059 «Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые»;

st19.060 «Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые»;

st19.061 «Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы».

2.5.2.2. за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, в том числе, в клинико-профильные группы (КПГ).

Указанный способ оплаты применяется для всех медицинских организаций и медицинских профилей за исключением указанных в подпункте 2.5.2.1.

2.5.2.3. за законченный случай госпитализации при использовании методов лечения при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования;

2.5.2.4. за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

2.5.2.5. за услугу диализа.

2.5.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара на основе КПГ или КСГ, следует соблюдать следующие правила:

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

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

2.5.3.4. 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.

2.5.3.5. 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.

2.5.3.6. 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).

2.5.3.7. 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 КППГ или КСГ.

2.5.3.8. 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.

2.5.3.9 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 КППГ или КСГ;

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

2.5.3.11. 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.

2.5.3.12. 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 ТФОМС 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 VIII Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н.

2.5.3.13. При пересечении даты амбулаторного посещения с периодом пребывания застрахованного лица в стационаре круглосуточного пребывания (кроме дня поступления и выписки из стационара) при проведении медико-экономического контроля от оплаты отклоняется случай лечения в круглосуточном стационаре.

2.5.4. Оплата лечения случаев по высокотехнологичной медицинской помощи.

2.5.4.1. 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 07 декабря 2019 г. № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»), осуществляется по тарифам, установленным Приложением № 2 к настоящему Соглашению за законченный случай госпитализации.

2.5.4.2. В состав тарифа на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, включены расходы медицинских организаций 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 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 основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь).

2.5.4.3. 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 КППГ или КСГ.

2.5.4.4. 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 КППГ или КСГ.

2.5.4.5. 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 КППГ или КСГ.

2.5.4.6. 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.

2.5.5. Оплата случаев лечения при проведении диализа в условиях круглосуточного стационара.

2.5.5.1. При проведении процедур диализа, включающего различные методы, для оплаты указанных процедур, оказываемых в стационарных условиях, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу диализа только в сочетании с основной КППГ, являющейся поводом для госпитализации.

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

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

2.5.6. Оплата прерванных случаев лечения, в том числе при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями.

2.5.6.1. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относится перевод пациента в другую медицинскую организацию, преждевременная выписка пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, и случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно.

2.5.6.2. Оплата прерванных случаев лечения с длительностью госпитализации более 3-х дней, производится в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КППГ или КСГ.

Перечень групп, по которым необходимо осуществлять оплату в полном объеме независимо от длительности лечения, представлен в пункте 4 Приложения № 14 настоящего Соглашения.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - 90% от стоимости КСГ или КППГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 100% от стоимости КСГ или КППГ.

Обязательным условием для оплаты таких случаев является включение хирургической операции в реестр счетов на оплату медицинской помощи с применением кодов услуг в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 13.10.2017 N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - 50% от стоимости КСГ или КППГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 100% от стоимости КСГ или КППГ.

2.5.6.4. В случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КППГ или КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КППГ или КСГ с наибольшим размером оплаты.

2.5.6.5. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КППГ или КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с подпунктом 2.5.6.3.

При этом если перевод производится в пределах круглосуточного стационара одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КПП или КСГ с наибольшим размером оплаты.

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

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

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

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

- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более (за исключением случаев, представленных в пункте 2.5.8.2.) с последующим родоразрешением;

- проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания.

При этом если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными выше правилами (аналогично пункту 2.5.6.3).

2.5.7. Оплата случаев сверхдлительного пребывания.

2.5.7.1. Оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП).

2.5.7.2. 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 КПП
1	Неонатология

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

2.5.7.3. Значение КСЛП определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней. Стоимость койко-дня для оплаты случаев сверхдлинного

пребывания определяется с учетом компенсаций расходов на медикаменты и расходные материалы в профильном отделении.

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

КСЛП – коэффициент сложности лечения 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).

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

2.5.7.5. Полученный коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) применяется к стоимости законченного случая лечения по КППi.

2.5.8. Оплата случаев лечения по профилю "Акушерство и гинекология".

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

2.5.8.2. Оплата за два случая госпитализации в 100% размере по КПП «Акушерство и гинекология» возможна при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

При этом если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными выше правилами (аналогично пункту 2.5.6.3).

Оплата по двум КПП «Акушерство и гинекология» возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

- О14.1 Тяжелая преэклампсия.
- О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери.
- О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери.
- О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери.
- О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

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

2.5.9. Оплата случаев лечения по профилю "Медицинская реабилитация"

2.5.9.1. Лечение по профилю медицинская реабилитация в условиях круглосуточного стационара производится (в т.ч. в реабилитационных отделениях поликлиник и санаторно-курортных организаций) в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация".

2.5.10. Оплата случаев лечения по профилю "Онкология"

2.5.10.1. Средние нормативы объема и нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по профилю «Онкология», утвержденные ТПОМС, включают случаи лечения пациентов (взрослые и дети) со злокачественными новообразованиями (C00-C97) и новообразованиями in situ (D00-D09), в том числе в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи, При этом в указанные нормативы включены все виды специфического противоопухолевого лечения: хирургическое лечение, лекарственная терапия (включая лечение фебрильной нейтропении, агранулоцитоза вследствие проведения лекарственной терапии, а также установку, замену порт системы (катетера) для лекарственной терапии), лучевая терапия, лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией.

Случаи госпитализации в диагностических целях с постановкой или подтверждением диагноза злокачественного новообразования, а также случаи лечения при злокачественных новообразованиях без специального противоопухолевого лечения включаются в нормативы объема медицинской помощи по профилю «Онкология» в случае, если госпитализация осуществлялась на специализированную койку по профилю «Онкология».

Кроме того, в норматив объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров по профилю «Онкология», включены случаи госпитализации в диагностических целях с постановкой или подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ, а также в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования. Случаи госпитализации в рамках оказания медицинской помощи по иным профилям (в том числе «Терапия») не включаются в нормативы, установленные по профилю «Онкология».

При выявлении злокачественных новообразований или подозрении на них необходимо соблюдать схему маршрутизации, установленную Порядком маршрутизации пациентов с подозрением на онкологическое заболевание и в случаях выявления злокачественных новообразований в медицинских организациях Магаданской области, утвержденным приказом министерства здравоохранения и демографической политики Магаданской области.

2.5.10.2. Если пациенту в пределах одной медицинской организации в рамках одной госпитализации проведены в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КПП или КСГ с наибольшим размером оплаты с применением коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП). В данном случае размер КСЛП составляет:

- а) Сочетание любой схемы лекарственной терапии с любым кодом лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией; - 1,60
- б) Сочетание любой схемы лекарственной терапии с любым кодом хирургического лечения при злокачественном новообразовании - 1,60
- в) Сочетание любого кода лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, с любым кодом хирургического лечения при злокачественном новообразовании - 1,60
- г) Сочетание любой схемы лекарственной терапии с любым кодом лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, и с любым кодом хирургического лечения - 1,60
- д) Выполнение в рамках одной госпитализации двух и более схем лекарственной терапии - 1,80
- е) Проведение молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования в целях диагностики злокачественных новообразований - 1,15

2.5.10.2. Особенности формирования КСГ, классифицирующих случаи диагностики и лечения злокачественных опухолей прописаны в пункте 7.4. Приложения № 14 к настоящему Соглашению.

2.5.11. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Магаданской области, оказывающих медицинскую помощь в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности в другом субъекте Российской Федерации

2.5.11.1 Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Владивосток ОАО «РЖД» осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, действующим в субъекте Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи.

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

2.6.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) участвующих в реализации ТПОМС, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара (Таблица 7):

Таблица 7

№ п/п	Наименование медицинской организации
1	2
ПЕРВЫЙ УРОВЕНЬ:	
1	МОГБУЗ "Поликлиника № 1"

№ п/п	Наименование медицинской организации
1	2
2	МОГБУЗ "Медико-санитарная часть "Авиамедицина"
3	ГБУЗ "Магаданская областная детская больница"
4	МОГБУЗ "Ольская районная больница"
5	МОГБУЗ "Омсукчанская районная больница"
6	МОГБУЗ "Среднеканская районная больница"
7	МОГБУЗ "Сусуманская районная больница"
8	МОГБУЗ "Тенькинская районная больница"
9	МОГАУЗ "Хасынская районная больница"
10	МОГБУЗ "Ягоднинская районная больница"
11	ООО «Балтийская медицинская компания»
ВТОРОЙ УРОВЕНЬ:	
1	ГБУЗ "Магаданский областной онкологический диспансер"
2	ОГБУЗ "Магаданский родильный дом"
3	ООО "ЭКО центр"
4	АО "Центр Семейной Медицины"
5	ООО «МАК ЭКО»
ТРЕТИЙ УРОВЕНЬ:	
1	ГБУЗ "Магаданская областная больница"

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

2.6.2.1. за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, в том числе, клинко-статистические группы (КСГ). Указанный способ оплаты применяется:

- для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара ГБУЗ «Магаданский областной онкологический диспансер»;
- при оплате случаев лечения по рубрике МКБ-10 «О04 – Медицинский аборт» по КСГ «Искусственное прерывание беременности (аборт)»;
- при оплате комплексных услуг по медикаментозному прерыванию беременности по КСГ «Аборт медикаментозный»;
- при оплате случаев экстракорпорального оплодотворения по КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение»;
- при оплате случаев лечения по профилю «Гематология» ГБУЗ «Магаданская областная больница»;
- для ГБУЗ «Магаданская областная больница» по онкогематологическим КСГ: ds19.034 «Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые»;

ds19.035 «Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые»;

ds19.036 «Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы»;

2.6.2.2. за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, в том числе, в клинко-профильные группы (КПГ). Указанный способ оплаты применяется для всех медицинских организаций за исключением случаев, указанных в подпункте 2.6.2.1.

в) за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

г) за услугу диализа.

2.6.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара на основе КСГ и КПГ, следует соблюдать следующие правила:

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

2.6.3.2. Оплата случаев лечения по рубрике МКБ-10 «О04 – Медицинский аборт» осуществляется по КСГ «Искусственное прерывание беременности (аборт)» по тарифу, установленному Приложением № 1 к настоящему соглашению, независимо от длительности пребывания.

Аналогично производится оплата по КСГ «Аборт медикаментозный». Оплата по данному КСГ осуществляется в случае назначения лекарственного препарата по решению врачебной комиссии.

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

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

2.6.3.5. 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. клинко-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.

2.6.3.6. 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).

2.6.3.7. 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.

2.6.3.8. 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.

2.6.4. Оплата прерванных случаев лечения, в том числе при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями.

2.6.4.1. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относится перевод пациента в другую медицинскую организацию, преждевременная выписка пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, и случаи, при которых длительность лечения составляет менее 3 дней включительно.

2.6.4.2. Оплата прерванных случаев лечения с длительностью более 3-х дней, производится в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КППГ или КСГ.

Перечень групп, по которым необходимо осуществлять оплату в полном объеме независимо от длительности лечения, представлен в пункте 4 Приложения № 14 настоящего Соглашения.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - 90% от стоимости КСГ или КППГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 100% от стоимости КСГ или КППГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - 50% от стоимости КСГ или КППГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 100% от стоимости КСГ или КППГ.

2.6.4.4. В случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и из дневного в круглосуточный, если это обусловлено возникновением (наличием) нового

заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КППГ или КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КППГ или КСГ с наибольшим размером оплаты.

2.6.4.5. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках дневного стационара, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КППГ или КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с подпунктом 2.6.4.3.

При этом если перевод производится в пределах дневного стационара одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КППГ или КСГ с наибольшим размером оплаты.

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

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;
- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением (за исключением случаев, представленных в пункте 2.6.6.1.).

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

2.6.5. Оплата случаев лечения при проведении диализа в условиях дневного стационара.

2.6.5.1. При проведении процедур диализа, включающего различные методы, для оплаты указанных процедур, оказываемых в условиях дневного стационара, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КППГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание.

2.6.5.2. 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.

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

2.6.6. Оплата случаев лечения по профилю "Акушерство и гинекология".

2.6.6.1. Оплата за два случая лечения по КПП «Акушерство и гинекология» возможна при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

При этом оплата по двум случаям по КПП «Акушерство и гинекология» возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия.
- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери.
- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери.
- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери.
- O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

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

2.6.6.2. Оплата экстракорпорального оплодотворения осуществляется в зависимости от этапа с учетом КСЛП оплата в размере согласно таблице 8:

Таблица 8

№ п/п	Наименование этапов проведения ЭКО	Значение КСЛП
1	Проведение первого этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции), I - II (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки), I - III (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов (неполный цикл)	0,6
2	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов<****>	1,1

3	Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос)	0,19
---	---	------

*<****> В данный этап не входит осуществление размораживания криоконсервированных эмбрионов и перенос криоконсервированных эмбрионов в полость матки.*

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

2.6.7. Оплата случаев лечения по профилю "Медицинская реабилитация"

2.6.7.1. Лечение по профилю медицинская реабилитация в условиях дневного стационара производится (в т.ч. в реабилитационных отделениях поликлиник и санаторно-курортных организаций) в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация".

2.6.8. Оплата случаев лечения по профилю "Онкология"

2.6.8.1. Средние нормативы объема и нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по профилю «Онкология», утвержденные ТПОМС, включают случаи лечения пациентов (взрослые и дети) со злокачественными новообразованиями (C00-C97) и новообразованиями in situ (D00-D09), в том числе в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи. При этом в указанные нормативы включены все виды специфического противоопухолевого лечения: хирургическое лечение, лекарственная терапия (включая лечение фебрильной нейтропении, агранулоцитоза вследствие проведения лекарственной терапии, а также установку, замену порт системы (катетера) для лекарственной терапии), лучевая терапия, лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией.

Случаи госпитализации в диагностических целях с постановкой или подтверждением диагноза злокачественного новообразования, а также случаи лечения при злокачественных новообразованиях без специального противоопухолевого лечения включаются в нормативы объема медицинской помощи по профилю «Онкология» в случае, если госпитализация осуществлялась на специализированную койку по профилю «Онкология».

Кроме того, в норматив объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров по профилю «Онкология», включены случаи госпитализации в диагностических целях с постановкой или подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ, а также в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования. Случаи госпитализации в рамках оказания медицинской помощи по иным профилям (в том числе «Терапия») не включаются в нормативы, установленные по профилю «Онкология».

При выявлении злокачественных новообразований или подозрении на них необходимо соблюдать схему маршрутизации, установленную Порядком маршрутизации пациентов с подозрением на онкологическое заболевание и в случаях выявления злокачественных новообразований в медицинских организациях Магаданской области, утвержденным приказом министерства здравоохранения и демографической политики Магаданской области.

2.6.8.2. Если пациенту в пределах одной медицинской организации в рамках одной госпитализации проведены в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КППГ или КСГ с наибольшим размером оплаты с применением коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП). В данном случае размер КСЛП составляет:

- а) Сочетание любой схемы лекарственной терапии с любым кодом лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией; - 1,60
- б) Сочетание любой схемы лекарственной терапии с любым кодом хирургического лечения при злокачественном новообразовании - 1,60
- в) Сочетание любого кода лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, с любым кодом хирургического лечения при злокачественном новообразовании - 1,60
- г) Сочетание любой схемы лекарственной терапии с любым кодом лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, и с любым кодом хирургического лечения - 1,60
- д) Выполнение в рамках одной госпитализации двух и более схем лекарственной терапии - 1,80
- е) Проведение молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования в целях диагностики злокачественных новообразований - 1,15

2.6.8.2.1. Особенности формирования КСГ, классифицирующих случаи диагностики и лечения злокачественных опухолей прописаны в пункте 7.4. Приложения № 14 к настоящему Соглашению.

2.6.9. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Магаданской области, оказывающих медицинскую помощь в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности в другом субъекте Российской Федерации

2.6.9.1 Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара ООО «ЭКО центр», АО «Центр Семейной Медицины», ООО «МАК ЭКО», осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, действующим в субъекте Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи.

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

2.7.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) участвующих в реализации ТПОМС, 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 9):

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

2.7.2. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в следующих формах:

а) экстренной - при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

б) неотложной - при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

2.7.3. Поводами для вызова скорой медицинской помощи в экстренной форме являются внезапные острые заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, представляющие угрозу жизни пациента, в том числе:

- а) нарушения сознания;
- б) нарушения дыхания;
- в) нарушения системы кровообращения;
- г) болевой синдром;
- д) травмы любой этиологии, отравления, ранения (сопровождаящиеся кровотечением, представляющим угрозу жизни, или повреждением внутренних органов);
- ж) термические и химические ожоги;
- з) кровотечения любой этиологии;
- и) роды, угроза прерывания беременности.

2.7.4. Поводами для вызова скорой медицинской помощи в неотложной форме являются:

а) внезапные острые заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, требующие срочного медицинского вмешательства, без явных признаков угрозы жизни, указанных в пункте 5.3 настоящего Соглашения;

б) констатация смерти.

2.7.5. 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.

2.7.6. 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.

2.7.7. 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 (по территориальному принципу).

2.7.8. Дополнительно к подушевому финансированию осуществляется оплата вызовов скорой медицинской помощи оказанных иногородним гражданам, а также вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболизиса.

2.7.9. Медицинские организации, оказывающие скорую медицинскую помощь, финансируемые по подушевому нормативу, обязаны представлять в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным реестры счетов и счет на оплату медицинской помощи, оказанную в рамках подушевого финансирования. Счет и реестр счетов формируется в соответствии с требованиями приказа ФФОМС от 07.04.2011 № 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования".

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

2.7.11. 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.

2.7.12. Подушевой норматив скорой медицинской помощи включает в себя финансирование расходов на заработную плату и начисления на оплату труда (в том числе выплаты стимулирующего характера врачебному и среднему медицинскому персоналу станций (отделений) скорой медицинской помощи, устанавливаемые с учетом целевых показателей деятельности медицинской организации, критериев выполнения объёмных показателей, качества и доступности оказанной 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.

2.7.13. В случае если дата смерти установлена ранее даты вызова бригады скорой медицинской помощи для её констатации, данные случаи не отклоняются от оплаты, но подлежат 100% медико-экономической экспертизе.

2.8. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (показателей объема медицинской помощи)

2.8.1. Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (Таблица 10):

Таблица 10

№ п/п	Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц	Структурные подразделения медицинских организаций, включенные в подушевой норматив		
		АМП (в том числе, в неотложной форме)	Круглосуточный стационар	Дневной стационар
1.	МОГБУЗ «Ольская районная больница»	+	+	+
2.	МОГБУЗ «Омсукчанская районная больница»	+	+	+
3.	МОГБУЗ «Средеканская районная больница»	+	+	+
4.	МОГБУЗ «Сусуманская районная больница»	+	+	+
5.	МОГАУЗ «Хасынская районная больница»	+	+	+
6.	МОГБУЗ «Тенькинская районная больница»	+	+	+
7.	МОГБУЗ «Ягоднинская районная больница»	+	+	+

2.8.2. Перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу (таблица 11):

Таблица 11

Условия оказания медицинской помощи	Перечень видов медицинской помощи	Форма оказания медицинской помощи	Единица объема медицинской помощи
Амбулаторные	первичная медико-санитарная помощь	Плановая	посещение (посещение с профилактической и иной целью), обращение (в том числе посещение учреждения здравоохранения и посещение на дому)
Дневной стационар	первичная медико-санитарная помощь, специализированная	Плановая	Случай лечения
Круглосуточный стационар	специализированная	экстренная, неотложная, плановая	Случай госпитализации

2.8.3. Оплата медицинской помощи, оказанной по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (показателей объема медицинской помощи), имеющим прикрепленное население, по всем условиям предоставляемой медицинской помощи, врачебным специальностям, а также медицинской помощи, оказанной в фельдшерско-акушерских пунктах и средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный приём кроме:

- расходов на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;

- расходов на оплату диализа в амбулаторных условиях, условиях дневного и круглосуточного стационаров;

- расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии;

- расходов на финансовое обеспечение обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

2.8.4. Размер финансового обеспечения медицинской организации определяется с учетом показателя результативности деятельности медицинской организации (показателей объема медицинской помощи), установленного Методикой расчёта тарифов на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования Магаданской области, являющейся Приложением № 4 к настоящему Соглашению.

2.8.5. Оплата диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений), включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение.

2.8.6. Распределение застрахованных лиц по медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, устанавливается на 01 декабря 2019 года (по территориальному принципу).

2.8.7. При установлении размера норматива финансирования на прикрепившихся лиц применяются половозрастные коэффициенты дифференциации.

Для определения половозрастных коэффициентов дифференциации численность застрахованных лиц распределяется на следующие половозрастные группы:

- до года мужчины/женщины;
- год - четыре года мужчины/женщины;
- пять - семнадцать лет мужчины/женщины;
- восемнадцать - шестьдесят четыре года мужчины/женщины;
- шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

2.8.8. Для расчета стоимости медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях и их обособленных подразделениях, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, применяются следующие коэффициенты дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия указанных подразделений и расходов на их содержание и оплату труда персонала: для медицинских организаций, обслуживающих до 20 тысяч человек, - не менее 1,113, для медицинских организаций, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, - не менее 1,04.

2.8.8.1. Перечень медицинских организаций, для которых применяется коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (КД_{от}) (Таблица 12):

Таблица 12

№ п/п	Перечень медицинских организаций, для которых применяется КД _{от}	Численность обслуживаемого населения на 01.12.2019 года	Установленное значение КД _{от}
1.	МОГБУЗ «Ольская районная больница»	8 706	1,113

№ п/п	Перечень медицинских организаций, для которых применяется КД _{от}	Численность обслуживаемого населения на 01.12.2019 года	Установленное значение КД _{от}
2.	МОГБУЗ «Омсукчанская районная больница»	5 110	1,113
3.	МОГБУЗ «Средеканская районная больница»	2 582	1,113
4.	МОГБУЗ «Сусуманская районная больница»	7 566	1,113
5.	МОГАУЗ «Хасынская районная больница»	7 163	1,113
6.	МОГБУЗ «Тенькинская районная больница»	3 892	1,113
7.	МОГБУЗ «Ягоднинская районная больница»	8 444	1,113

2.8.9. Для расчета стоимости медицинской помощи, оказываемой лицам в возрасте 65 лет и старше, применяется коэффициент дифференциации для подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц не менее 1,6.

2.8.10. В состав подушевого норматива входят: заработная плата (в том числе выплаты стимулирующего характера врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики, медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, медицинских сестер врачей-педиатров участковых, медицинским сестрам врачей общей практики за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, устанавливаемые с учетом целевых показателей деятельности медицинской организации, критериев выполнения объёмных показателей, качества и доступности оказанной медицинской помощи), прочие выплаты, начисления на выплаты по оплате труда, приобретение мягкого инвентаря, приобретение медицинского инструментария, расходных материалов, реактивов и химикатов; 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 за единицу.

2.8.11. Фактический размер подушевого финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц аналогично пункту 2.3.12.

2.8.12. Итоговый объем финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в конкретной медицинской организации определяется следующим образом:

$$\Phi O_{\text{ФАКТ}}^i = \Phi ДП_{\text{Н}}^i * Ч_3^i + ОС_{\text{ФАП}}^i + ОС_{\text{ПО}}^i + ОС_{\text{ДИСП}}^i,$$

где:

- $\Phi O_{\text{ФАКТ}}^i$ фактический размер финансового обеспечения i -той медицинской организации в части оказания первичной медико-санитарной помощи, рублей;
- $ОС_{\text{ИССЛЕД}}^i$ размер средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, в том числе компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, в i -той медицинской организации, рублей;
- $ОС_{\text{ФАП}}^i$ Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов*;
- $ОС_{\text{ПО}}^i$ размер средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в i -той медицинской организации, рублей;
- $ОС_{\text{ДИСП}}^i$ размер средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в i -той медицинской организации, рублей;

** Размер финансового обеспечения медицинской организации, в составе которой имеются фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты, определяется исходя из подушевого норматива финансирования и количества лиц, прикрепленных к ней, а также расходов на фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты исходя из их количества в составе медицинской организации и установленного среднего размера их финансового обеспечения.*

2.8.13. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов

2.8.13.1. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФП, ФАП):

2.8.13.1.1. при условии соответствия ФП, ФАП, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации для фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих от 100 до 900 жителей размер финансового составляет - **2969,2** тыс. рублей в год (с учётом коэффициента дифференциации – 3,102);

2.8.13.1.2. при условии не соответствия ФП, ФАП требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации к

размеру финансового обеспечения установленному в подпункте 2.8.13.1.1. применяется понижающий коэффициент – 0,65;

2.8.13.1.3. в случае если ФП, ФАП обслуживает менее 100 жителей к размеру финансового обеспечения установленному в подпункте 2.8.13.1.1. применяется понижающий коэффициент – 0,5;

2.8.13.2. Перечень ФП, ФАП с указанием диапазона численности обслуживаемого населения, годового размера финансового обеспечения, а также информации о соответствии/несоответствии ФП, ФАП требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, таблица 13:

Таблица 13

п/п	Наименование МО	Объём финансирования ФП/ФАП						Всего по МО	
		до 100 жителей		от 100 до 900 жителей (соответствующие приказу МЗ)		от 100 до 900 жителей (не соответствующие приказу МЗ)			
		кол-во ФП/ ФАП	сумма тыс.руб.	кол-во ФП/ ФАП	сумма тыс.руб.	кол-во ФП/ ФАП	сумма тыс.руб.	кол-во ФАП	сумма тыс.руб.
1	2	4	5	6	7	8	9	10	11
1	МОГБУЗ "Ольская РБ"	1	1 484,6	0	0,0	5	9 650,0	6	11 134,60
1.1	ФАП с.Балаганное					1	1 930,0		
1.2	ФАП с.Гадля					1	1 930,0		
1.3	ФАП с.Клёпка					1	1 930,0		
1.4	ФАП с.Талон					1	1 930,0		
1.5	ФАП с. Тахтоямск					1	1 930,0		
1.6	ФП с.Ямск	1	1 484,6						
2	МОГБУЗ "Среднеканская РБ"		0,0		0,0	1	1 930,0	1	1 930,00
2.1	ФАП с.Верхний Сеймчан					1	1 930,0		
3	МОГБУЗ "Северо-Эвенская РБ"	1	1 484,6	1	2 969,2	2	3 860,0	4	8 313,80
3.1	ФАП с.Гарманда					1	1 930,0		
3.2	ФАП с.Гижига			1	2 969,2				
3.3	ФАП .Тополовка	1	1 484,6						
3.4	ФАП с.Верний Парень					1	1 930,0		
4	МОГБУЗ "Тенькинская РБ"	2	2 969,2	-	0,0	-	-	2	2 969,20
	ФАП пос.Мадаун	1	1 484,6						

п/п	Наименование МО	Объём финансирования ФП/ФАП						Всего по МО	
		до 100 жителей		от 100 до 900 жителей (соответствующие приказу МЗ)		от 100 до 900 жителей (не соответствующие приказу МЗ)			
		кол-во ФП/ ФАП	сумма тыс.руб.	кол-во ФП/ ФАП	сумма тыс.руб.	кол-во ФП/ ФАП	сумма тыс.руб.	кол-во ФАП	сумма тыс.руб.
1	2	4	5	6	7	8	9	10	11
4.1									
4.2	ФАП пос.Транспортный	1	1 484,6						
5	МОГБУЗ "Хасынская РБ"		0,0	3	8 907,6		-	3	8 907,60
5.1	ФАП пос.Хасын			1	2 969,2				
5.2	ФАП пос.Атка			1	2 969,2				
5.3	ФАП пос.Талая			1	2 969,2				
6	МОГБУЗ "Ягоднинская РБ"		0,0	2	5 938,4		-	2	5 938,40
6.1	ФАП пос.Бурхала			1	2 969,2				
6.2	ФАП пос.Дебин			1	2 969,2				
	ИТОГО:	8	11 876,8	10	35 630,4	16	30 880,00	18	39 193,60

2.8.13.3. Финансовое обеспечение ФП, ФАП, рассчитанное исходя из их количества в составе медицинской организации и установленного среднего размера их финансового обеспечения, направляются в медицинские организации дополнительно к подушевому нормативу финансирования, согласно Приложению № 6 к настоящему соглашению.

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

3.1. Структура тарифов на оплату медицинской помощи установлена в соответствии с требованиями частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и включает в себя расходы на заработную плату, начисления на выплаты по оплате 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 основных средств (оборудование,

производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

3.1.1. В части расходов на заработную плату тарифы на оплату медицинской помощи включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные 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;

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

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

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Вышеуказанные выплаты стимулирующего характера устанавливаются работникам медицинских организаций, непосредственно участвующим в оказании медицинской помощи, с учётом показателей и критериев эффективности деятельности, разработанных в локальных нормативных актах медицинской организации для данных категорий специалистов.

Размер названных стимулирующих выплат не может быть ниже ранее установленных Тарифным соглашением на 2017 год.

3.1.2. 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.

3.1.3. Размер тарифов на оплату медицинской помощи определен на основании методики расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XII Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28 февраля 2019 года №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», постановлением Правительства РФ от 07.12.2019 N 1610 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов", письмом Минздрава России от 24.12.2019 г. № 11-

7/и/2-12330 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов», «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», направленными в субъекты РФ совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации 12.12.2019г. № 11-7/и/2-11779 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12.12.2019 № 17033/26-2/и.

3.1.4. Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Магаданской области, оказывающих медицинскую помощь в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности в другом субъекте Российской Федерации, применяются тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, действующие в субъекте Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи.

3.2. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

3.2.1. 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 2020 год составляет – 13 867,78 руб. на 1 застрахованное лицо.

3.2.2. Перечень основных врачебных специальностей, с относительными коэффициентами стоимости посещения (Таблица 14):

Таблица 14

№	Профиль специальности	Относительный коэффициент стоимости посещения с учетом специальности
1	Кардиология	0,9740
2	Ревматология	0,9740
3	Терапия	0,8554
4	Аллергология	1,6206
5	Неврология	1,0148
6	Инфекционные заболевания	1,2842
7	Хирургия	0,9113
8	Травматология-ортопедия	0,9113
9	Урология	0,7374
10	Отоларингология	0,7102
11	Офтальмология	0,6088
12	Эндокринология	1,7598
13	Врач общей практики	0,8554
14	Гастроэнтерология	0,8554
15	Педиатрия	1,2900
17	Нефрология	0,9740

№	Профиль специальности	Относительный коэффициент стоимости посещения с учетом специальности
18	Онкология	0,9113
19	Акушерство-гинекология	1,1941
20	Дерматология	0,7348
22	Пульмонология	0,8554
23	Гематология	0,8554
23	Нейрохирургия	0,9113
23	ФАП	0,6525
24	Средний медицинский персонал ведущий самостоятельный приём	0,6525
25	Колопроктология	0,9113
26	Сосудистая хирургия	0,9113

3.2.3. Базовая ставка, применяемая для расчета тарифов на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях, определена с учётом коэффициента дифференциации, рассчитанного 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 – 3,102.

3.2.4. Базовая ставка, применяемая для расчёта финансирования медицинской помощи с профилактической и иной целью, оказанной в амбулаторных условиях, определена в размере 682,35 рублей за посещение (без учета коэффициента дифференциации базовая ставка составляет 219,971 рублей).

3.2.5. Базовая ставка, применяемая для расчёта финансирования обращений по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, определена в размере 3 356,63 рублей за посещение (без учета коэффициента дифференциации базовая ставка составляет 1082,085 рублей).

3.2.6. Установить средние значения коэффициента уровня оказания амбулаторной медицинской помощи для посещений с профилактической и иной целью, обращений по заболеванию:

для первого уровня – 0,95;

для второго уровня – 1,00;

для третьего уровня – 1,05.

3.2.7. Базовая ставка, применяемая для расчёта финансирования медицинской помощи в неотложной форме (за исключением стоматологической медицинской помощи), оказанной в амбулаторных условиях, определена в размере 2 009,61 рублей за посещение (без учета коэффициента дифференциации базовая ставка составляет 647,843 рубля).

3.2.8. Стоимость одной условной единицы трудоёмкости (УЕТ), применяемая для расчета одной медицинской услуги по стоматологической медицинской помощи составляет 400,0 рублей (без учета коэффициента дифференциации стоимость одной УЕТ составляет 128,949 рубля).

3.2.9. Тариф на оплату медицинской помощи, оказанной в Центрах здоровья (Таблица 15).

Таблица 15

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

№ п/п	Наименование услуги	Стоимость услуги (рублей)
1. Центр здоровья для взрослого населения		
1.1.	Комплексное обследование	2 641,27
1.2.	Динамическое наблюдение	835,33
2. Центр здоровья для детей		
2.1.	Комплексное обследование	2725,17

3.2.10. Расчёт тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по уровням оказания медицинской помощи:

- посещения с профилактической и иной целью (Таблица 16);
- обращения по заболеванию (Таблица 17).

3.2.12. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, с использованием коэффициента уровня (применяемые в том числе, для осуществления межтерриториальных расчётов) установлены в Разделе 1 Приложения № 1 настоящего Соглашения.

Таблица 16

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

	Показатель	Базовая ставка	Коэффициент относительной затратёмкости	Коэффициент уровня оказания медицинской помощи			Тариф посещения с иной целью для медицинских организаций		
				1 уровень	2 уровень	3 уровень	1-го уровня	2-го уровня	3-го уровня
1	Акушерство-гинекология	682,35	1,1941	0,95	1,00	1,05	774,05	814,79	855,53
2	Аллергология-иммунология	682,35	1,6206	0,95	1,00	1,05	1 050,53	1 105,82	1 161,11
3	Врач общей практики	682,35	0,8554	0,95	1,00	1,05	554,50	583,68	612,87
4	Гастроэнтерология	682,35	0,8554	0,95	1,00	1,05	554,50	583,68	612,87
5	Гематология	682,35	0,8554	0,95	1,00	1,05	554,50	583,68	612,87
6	Дерматология	682,35	0,7348	0,95	1,00	1,05	476,32	501,39	526,46
7	Инфекционные заболевания	682,35	1,2842	0,95	1,00	1,05	832,46	876,27	920,09
8	Кардиология	682,35	0,9740	0,95	1,00	1,05	631,38	664,61	697,84

	Показатель	Базовая ставка	Коэффициент относительной затратёмости	Коэффициент уровня оказания медицинской помощи			Тариф посещения с иной целью для медицинских организаций		
				1 уровень	2 уровень	3 уровень	1-го уровня	2-го уровня	3-го уровня
9	Колопроктология	682,35	0,9113	0,95	1,00	1,05	590,73	621,83	652,92
10	Неврология	682,35	1,0148	0,95	1,00	1,05	657,83	692,45	727,07
12	Нейрохирургия	682,35	0,9113	0,95	1,00	1,05	590,73	621,83	652,92
13	Нефрология	682,35	0,9740	0,95	1,00	1,05	631,38	664,61	697,84
14	Онкология	682,35	0,9113	0,95	1,00	1,05	590,73	621,83	652,92
15	Отоларингология	682,35	0,7102	0,95	1,00	1,05	460,37	484,60	508,84
16	Офтальмология	682,35	0,6088	0,95	1,00	1,05	394,64	415,41	436,19
18	Педиатрия	682,35	1,2900	0,95	1,00	1,05	836,22	880,23	924,24
19	Пульмонология	682,35	0,8554	0,95	1,00	1,05	554,50	583,68	612,87
20	Ревматология	682,35	0,9740	0,95	1,00	1,05	631,38	664,61	697,84
21	Сосудистая хирургия	682,35	0,9113	0,95	1,00	1,05	590,73	621,83	652,92
22	Средний медицинский персонал ведущий самостоятельный приём	682,35	0,6525	0,95	1,00	1,05	422,97	445,23	467,50
23	Терапия	682,35	0,8554	0,95	1,00	1,05	554,50	583,68	612,87
25	Травматология-ортопедия	682,35	0,9113	0,95	1,00	1,05	590,73	621,83	652,92
26	Урология	682,35	0,7374	0,95	1,00	1,05	478,01	503,16	528,32
27	ФАП	682,35	0,6525	0,95	1,00	1,05	422,97	445,23	467,50
28	Хирургия	682,35	0,9113	0,95	1,00	1,05	590,73	621,83	652,92
30	Эндокринология	682,35	1,7598	0,95	1,00	1,05	1 140,76	1 200,80	1 260,84

Таблица 17

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

		Базовая ставка	Коэффициент относительной затратёмости	Коэффициент уровня оказания медицинской помощи (КУСвр.спец)			Тариф посещения с иной целью для медицинских организаций		
				1 уровень	2 уровень	3 уровень	1-го уровня	2-го уровня	3-го уровня
1	Акушерство-гинекология	3 356,63	1,1941	0,95	1,00	1,05	3 807,74	4 008,15	4 208,56
2	Аллергология-иммунология	3 356,63	1,6206	0,95	1,00	1,05	5 167,77	5 439,75	5 711,74
3	Врач общей практики	3 356,63	0,8554	0,95	1,00	1,05	2 727,70	2 871,26	3 014,82
4	Гастроэнтерология	3 356,63	0,8554	0,95	1,00	1,05	2 727,70	2 871,26	3 014,82

		Базовая ставка	Коэффициент относительной затратёмости	Коэффициент уровня оказания медицинской помощи (КУСвр.спец)			Тариф посещения с иной целью для медицинских организаций		
				1 уровень	2 уровень	3 уровень	1-го уровня	2-го уровня	3-го уровня
5	Гематология	3 356,63	0,8554	0,95	1,00	1,05	2 727,70	2 871,26	3 014,82
6	Дерматология	3 356,63	0,7348	0,95	1,00	1,05	2 343,13	2 466,45	2 589,77
7	Инфекционные заболевания	3 356,63	1,2842	0,95	1,00	1,05	4 095,06	4 310,58	4 526,11
8	Кардиология	3 356,63	0,9740	0,95	1,00	1,05	3 105,89	3 269,36	3 432,83
9	Колопроктология	3 356,63	0,9113	0,95	1,00	1,05	2 905,95	3 058,90	3 211,84
10	Неврология	3 356,63	1,0148	0,95	1,00	1,05	3 235,99	3 406,31	3 576,62
12	Нейрохирургия	3 356,63	0,9113	0,95	1,00	1,05	2 905,95	3 058,90	3 211,84
13	Нефрология	3 356,63	0,9740	0,95	1,00	1,05	3 105,89	3 269,36	3 432,83
14	Онкология	3 356,63	0,9113	0,95	1,00	1,05	2 905,95	3 058,90	3 211,84
15	Отоларингология	3 356,63	0,7102	0,95	1,00	1,05	2 264,68	2 383,88	2 503,07
16	Офтальмология	3 356,63	0,6088	0,95	1,00	1,05	1 941,34	2 043,52	2 145,69
18	Педиатрия	3 356,63	1,2900	0,95	1,00	1,05	4 113,55	4 330,05	4 546,56
19	Пульмонология	3 356,63	0,8554	0,95	1,00	1,05	2 727,70	2 871,26	3 014,82
20	Ревматология	3 356,63	0,9740	0,95	1,00	1,05	3 105,89	3 269,36	3 432,83
21	Сосудистая хирургия	3 356,63	0,9113	0,95	1,00	1,05	2 905,95	3 058,90	3 211,84
22	Средний медицинский персонал ведущий самостоятельный приём	3 356,63	0,6525	0,95	1,00	1,05	2 080,69	2 190,20	2 299,71
23	Терапия	3 356,63	0,8554	0,95	1,00	1,05	2 727,70	2 871,26	3 014,82
25	Травматология-ортопедия	3 356,63	0,9113	0,95	1,00	1,05	2 905,95	3 058,90	3 211,84
26	Урология	3 356,63	0,7374	0,95	1,00	1,05	2 351,42	2 475,18	2 598,94
27	ФАП	3 356,63	0,6525	0,95	1,00	1,05	2 080,69	2 190,20	2 299,71
28	Хирургия	3 356,63	0,9113	0,95	1,00	1,05	2 905,95	3 058,90	3 211,84
30	Эндокринология	3 356,63	1,7598	0,95	1,00	1,05	5 611,65	5 907,00	6 202,35

3.2.13. Тарифы на оплату мероприятий по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам отдельных категорий граждан.

3.2.13.1. Тарифы на оплату мероприятий по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами, представлены в Приложениях №№ 10-13 к настоящему Соглашению, в том числе:

– профилактические медицинские осмотры и диспансеризация определенных групп взрослого населения (Приложение № 10 к настоящему Соглашению);

– диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях Магаданской области детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (Приложение № 11 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 № 12 к настоящему Соглашению);

– прохождение несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них (Приложение № 13 к настоящему Соглашению).

3.2.13.2. 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 установленные пунктами 3.1., 3.1.1. и 3.1.2 настоящего Соглашения.

3.2.13.3. 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, общепольничный персонал).

3.2.13.4. В случае проведения профилактических мероприятий мобильными медицинскими бригадами, к тарифам профилактических мероприятий, установленным в Приложениях №№ 10-13, применяется повышающий коэффициент - 1,2.

3.2.13.5. В случае проведения профилактических мероприятий в выходные дни к тарифам профилактических мероприятий, установленным в Приложениях №№ 10-13, применяется повышающий коэффициент - 1,7. Указанный коэффициент применяется к тарифу на проведение профилактического осмотра (в том числе диспансеризации), в случае если дата начала и/или дата окончания профилактического мероприятия приходится на субботу/воскресенье.

3.2.13.6. В случае проведения профилактических мероприятий в выходные дни с использованием мобильных бригад к тарифам профилактических мероприятий, установленным в Приложениях №№ 10-13, применяется повышающий коэффициент - 1,9.

3.2.14. 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.

3.2.15. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов).

3.2.15.1. Размер финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи, оказанной врачами-специалистами для расчёта подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, определяется по формуле:

$\Phi O_{\text{АМБ}} = C A_{\text{участ}} * \text{ОМП}$, где:

$\Phi O_{\text{АМБ}}$ - размер финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи, оказанной врачами-специалистами, имеющими прикрепленное население;

$C A_{\text{участ}}$ - тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, врачами-специалистами (таблицы 16-17);

ОМП - годовой объем первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, врачами-специалистами, годовых объемов медицинской помощи, распределенный Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования за минусом объема медицинской помощи предусмотренного на реализацию мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядка проведения которых установлены нормативно-правовыми актами.

3.2.15.2. Распределение застрахованных лиц по медицинским организациям осуществляется на 01 декабря 2019 года по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц с учётом территориального прикрепления граждан к медицинским организациям.

3.2.15.3. Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (Пн БАЗ), установлен в сумме 383,37 руб. на 1 застрахованное лицо в месяц, исходя из общего объема средств, предназначенного на финансовое обеспечение амбулаторной медицинской помощи и численности прикрепленных застрахованных по ОМС лиц.

3.2.15.4. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной врачами-специалистами в амбулаторных условиях ($K_{\text{ПВАМП}}$) 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 01.12.2019 года (Таблица 18):

Таблица 18

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования по медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях врачами-специалистами, имеющими прикрепленное население

Возраст	Пол	Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива ($K_{\text{ДПВ}}$)
1	2	3
0-1	муж.	3,296
	жен.	3,405
1-4	муж.	3,389
	жен.	3,271
5-17	муж.	1,960
	жен.	2,019
18-64	муж.	0,455
	жен.	0,872
65 и старше	муж.	1,600
	жен.	1,600

3.2.15.5. Коэффициенты дифференциации подушевого норматива, рассчитанные для медицинских организаций (Таблица 19):

Таблица 19

№ п.п.	Наименование МО	Коэффициенты дифференциации		
		По половозрастной структуре	Коэффициент уровня (подуровня)	Коэффициент отдаленности
		КД _{пв}	КД _{мо}	КД _{от}
1	2	3	4	5
1	ГБУЗ "Магаданская областная детская больница"	2,359	0,9500	1,0000
2	МОГБУЗ "МСЧ "Авиамедицина""	0,904	0,9500	1,1130
3	МОГБУЗ "Поликлиника № 1"	0,902	0,9500	1,0000

3.2.15.6. Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций **ФДпнi** (Таблица 20):

Таблица 20

№ п/п	Наименование МО	Дифференцированный подушевой норматив финансирования АМП для i группы	Поправочный коэффициент	Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования АМП для i группы
		Дпнi		ФДПнi
1	2	3	4	5
1	ГБУЗ "Магаданская областная детская больница"	859,146	1,145411	750,077
2	МОГБУЗ "МСЧ "Авиамедицина""	366,440		319,920
3	МОГБУЗ "Поликлиника № 1"	328,508		286,803

3.2.15.7. 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:

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

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

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

3.2.15.8. Размер ежемесячного объема финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи, оказанной врачами-специалистами, имеющими прикрепленное население, установлен Приложением № 9 к настоящему Соглашению.

3.2.15.9. Фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, не может превышать предельный размер финансового обеспечения. При этом выполнение объемов учитывается нарастающим итогом с начала года.

3.2.15.10. Предельный размер финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу, установлен Приложением № 9 к настоящему Соглашению.

3.2.15.11. Для формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной врачами-специалистами (в том числе для межучрежденческих и межтерриториальных расчетов) применяются тарифы, установленные в разделе 1 Приложения № 1 настоящего Соглашения.

3.2.16. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации.

3.2.16.1. 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 2020 год составляет – 21 656,03 руб. на 1 застрахованное лицо».

Размер финансового обеспечения медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, определяется по формуле:

$$\text{ФОвид} = \text{САвид} * \text{ОМПвид}, \text{ где}$$

ФОвид - размер финансового обеспечения по всем видам и условиям медицинской помощи, предоставляемой указанной медицинской организацией, имеющей прикрепленное население;

САвид - тариф за единицу объема медицинской помощи;

ОМПвид - годовой объем медицинской помощи по всем видам и условиям предоставления (согласно Таблице 10).

3.2.16.2. Распределение застрахованных лиц по медицинским организациям осуществляется на 01 декабря 2019 года по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц с учетом территориального прикрепления граждан к медицинским организациям.

3.2.16.3. Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи (Пн БАЗвид), установлен в сумме 1 804,67 руб. на 1 застрахованное лицо в месяц, исходя из общего объема средств, предназначенного на финансовое обеспечение по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи и численности прикрепленных застрахованных по ОМС лиц.

3.2.16.4. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи определены исходя из стоимости медицинской помощи по видам помощи, включенным в подушевой норматив финансирования для каждой половозрастной группы за предыдущий год и численности прикрепившихся к медицинским организациям застрахованных лиц по состоянию на 01.12.2019 года (Таблица 21):

Таблица 21

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования по медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи

Возраст	Пол	Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива (К _{ПВ})
1	2	3
0-1	муж.	2,975
	жен.	2,564
1-4	муж.	2,210
	жен.	2,268
5-17	муж.	1,194
	жен.	1,121
18-64	муж.	0,612
	жен.	1,482
65 и старше	муж.	1,600
	жен.	1,600

3.2.16.5. Коэффициенты дифференциации подушевого норматива, рассчитанные для медицинских организаций (таблица 22):

Таблица 22

№ п.п.	Наименование МО	Коэффициенты дифференциации		
		По половозрастной структуре	Коэффициент подуровня	Коэффициент отдаленности
		КД _{пв}	КД _{мо}	КД _{от}
1	2	5	6	7
	МОГБУЗ "Ольская РБ"	1,191	0,8629	1,113
	МОГАУЗ "Хасынская РБ"	1,230	0,8629	1,113
	МОГБУЗ "Среднеканская РБ"	1,244	1,2479	1,113
	МОГБУЗ "Ягоднинская РБ"	1,224	1,2479	1,113
	МОГБУЗ "Тенькинская РБ"	1,221	0,9644	1,113
	МОГБУЗ "Омсукчанская РБ"	1,191	0,9644	1,113
	МОГБУЗ "Сусуманская РБ"	1,215	0,9644	1,113

3.2.16.6. Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинских организаций **ФДпнi** (Таблица 23):

Таблица 23

№ п.п.	Наименование МО	Дифференцированный подушевой норматив финансирования по всем видам помощи, включенным в подушевой норматив для i группы	Поправочный коэффициент	Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования по всем видам помощи, включенным в подушевой норматив
		Дпнi		ФДпнi
1	2	3	4	5
1	МОГБУЗ "Ольская РБ"	2 064,263	1,351422	1 527,474
2	МОГАУЗ "Хасынская РБ"	2 131,858		1 577,493
3	МОГБУЗ "Среднеканская РБ"	3 118,121		2 307,288
4	МОГБУЗ "Ягоднинская РБ"	3 067,990		2 270,194
5	МОГБУЗ "Тенькинская РБ"	2 365,188		1 750,147
6	МОГБУЗ "Омсукчанская РБ"	2 307,075		1 707,146
7	МОГБУЗ "Сусуманская РБ"	2 353,565		1 741,547

3.2.16.7. При оплате медицинской помощи оказанной медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население, осуществляемой по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской

организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (показателей объема медицинской помощи), предельный размер финансового обеспечения определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива по следующей формуле:

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

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

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

3.2.16.8. Предельный размер финансового обеспечения медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации установлен Приложением № 8 к настоящему Соглашению.

3.2.16.9. Фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (показателей объема медицинской помощи) по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{ФАКТ}} = \Phi_{\text{ПРЕД}}^i \times П_{\text{рез}}, \text{ где:}$$

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

$П_{\text{рез}}$ – показатель результативности деятельности медицинской организации (показателей объема медицинской помощи), применяемый страховыми медицинскими организациями к годовой сумме предельного размера финансового обеспечения однократно по результатам работы за год.

Значения показателя результативности деятельности медицинской организации (показателей объема медицинской помощи)

Наименование показателя	Фактическое выполнение объемов по итогам года	$П_{\text{рез}}$	Порядок применения
Объемные показатели по медицинской помощи, оказанной в условиях дневного и круглосуточного стационара	От 91%	1,0	Однократно, при определении фактического размера финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц
	От 80% до 90%	0,98	
	Менее 80%	0,95	

3.2.16.10. Фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, не может превышать предельный размер финансового

обеспечения. При этом выполнение объемов учитывается нарастающим итогом с начала года.

3.2.16.11. Для формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной врачами-специалистами (в том числе для межучрежденческих и межтерриториальных расчетов) применяются тарифы, установленные Приложением № 1 настоящего Соглашения.

3.3. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара.

3.3.1. 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 2020 год, составляет – 18 578,6 рублей на 1 застрахованное лицо.

3.3.2. Перечень групп заболеваний, в том числе клинко-профильных групп с указанием относительных коэффициентов затратноёмкости КПП (Таблица 24):

Таблица 24

Код КПП в системе ОМС	Профиль КПП	Коэффициент относительной затратноёмкости КПП (КЗкпп)
2	3	4
1	Акушерское дело	0,50
2	Акушерство и гинекология	0,80
3	Аллергология и иммунология	1,25
4	Гастроэнтерология	1,04
5	Гематология	1,66
6	Дерматология	0,80
7	Детская кардиология	1,84
8	Детская онкология	6,36
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	4,26
20	Отоларингология	0,87
21	Офтальмология	0,92
22	Педиатрия	0,80
23	Пульмонология	1,31
24	Ревматология	1,44
25	Сердечно-сосудистая хирургия	1,18

Код КПП в системе ОМС	Профиль КПП	Коэффициент относительной затратоемкости КПП (КЗкпп)
26	Стоматология детская	0,79
27	Терапия	0,73
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	1,00
37	Медицинская реабилитация	1,74
38	Гериатрия	1,50

3.3.3. Перечень клинико-статистических групп заболеваний с указанием относительных коэффициентов затратоемкости КСГ указан в Таблице 2 Приложения № 15 к настоящему Соглашению.

3.3.4. Размер средней стоимости законченного случая (базовая ставка финансирования), применяемый для расчета тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, определен с учётом коэффициента дифференциации, рассчитанного 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 – 3,102.

3.3.5. Базовая ставка финансирования, включенная в КПП/КСГ на 2020 год, составляет 73 671,16 рублей (без учета коэффициента дифференциации базовая ставка составляет 23 749,568 рублей).

3.3.6. Установить средние значения коэффициента уровня оказания стационарной медицинской помощи:

- для первого уровня – 0,95;
- для второго уровня – 1,10;
- для третьего уровня – 1,30.

3.3.7. Установить значения коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП)
Таблица 25:

Таблица 25

N	Случаи, для которых установлен КСЛП	Пороговые значения КСЛП
1	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей до 1 года) <*>	1,4

2	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей от 1 до 4)	1,2
3	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний)	1,1
4	Проведение сочетанных хирургических вмешательств (перечень возможных сочетанных операций представлен в пункте 5.4 Приложения № 14 к ТС)	1,2
5	Проведение однотипных операций на парных органах (перечень возможных однотипных операций на парных органах представлен пункте 5.5 Приложения № 14 к ТС)	1,2
6	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет) (в том числе, включая консультацию врача-гериатра) <*>	1,2
7	Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ	пункт 2.5.10.2.
8	Проведение молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования в целях диагностики злокачественных новообразований	1,15
9	Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями	пункт 2.5.7.

<*> Кроме КПП, относящихся к профилю "Неонатология".

<*> Кроме случаев госпитализации на геронтологические профильные койки.

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

3.3.8. Установить управленческий коэффициент для клинико-профильных групп/клинико-статистических групп:

1) Акушерство и гинекология	– 1,4000;	7) Пульмонология	– 0,8000;
2) Акушерство дело	– 1,4000;	8) Отоларингология	– 0,8000;
3) Терапия	– 1,4000;	9) Офтальмология	– 0,8000;
4) Неонатология	– 1,4000;	10) Урология	– 0,8000;
5) Нефрология	– 0,8000;	11) Травматология и ортопедия	– 0,8000;
6) Кардиология	– 0,8000;	12) Медицинская реабилитация	– 0,8855».

3.3.9. Данные для расчёта тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях по КПП, представлены в Таблицах 1, 5, 6 Приложения № 15 к настоящему Соглашению.

3.3.10. Данные для расчёта тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях по КСГ представлены в Таблицах 2, 5, 6 Приложения № 15 к настоящему Соглашению.

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

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

3.3.13. Тарифы на оплату процедур диализа с учетом применения различных методов установлены в Разделе 5 Приложения 1 к настоящему Соглашению.

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

3.4.1. 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 2020 год, составляет – 4 028,3 рублей на 1 застрахованное лицо.

3.4.2. Перечень групп заболеваний, в том числе клинко-профильных групп с указанием относительных коэффициентов затратноёмкости КПП/КСГ (смешанный способ оплаты) (Таблица 26):

Таблица 26

Код КПП в системе ОМС	Профиль КПП	Коэффициент относительной затратноёмкости КПП (КЗкпп)
2	3	4
1	Акушерское дело	0,50
2	Акушерство и гинекология	0,80
ds02.005	Экстракорпоральное оплодотворение	9,79
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)	0,33
ds02.007	Аборт медикаментозный*	1,04
3	Аллергология и иммунология	0,98
4	Гастроэнтерология	0,89
5	Гематология	1,09
6	Дерматология	1,54
7	Детская кардиология	0,98
8	Детская онкология	12,8
9	Детская урология-андрология	1,42
10	Детская хирургия	1,60
11	Детская эндокринология	1,39
12	Инфекционные болезни	0,92
13	Кардиология	0,80
14	Колопроктология	1,70
15	Неврология	1,05
16	Нейрохирургия	1,06

Код КПП в системе ОМС	Профиль КПП	Коэффициент относительной затратоемкости КПП (КЗкпп)
17	Неонатология	1,79
18	Нефрология (без диализа)	2,74
19	Онкология	6,11
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 (комбустиология)	1,10
34	Челюстно-лицевая хирургия	0,89
35	Эндокринология	1,23
36	Прочее	1,00
37	Медицинская реабилитация	1,71

<*> Оплата по КСГ осуществляется в случае назначения лекарственного препарата по решению врачебной комиссии.

3.4.3. Перечень клинико-статистических групп заболеваний с указанием относительных коэффициентов затратоемкости КСГ представлен в Таблице 4 Приложения № 15 к настоящему Соглашению.

3.4.4. Размер средней стоимости законченного случая (базовая ставка финансирования), применяемый для расчета тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, определен с учётом коэффициента дифференциации, рассчитанного 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 – 3,102.

3.4.5. Базовая ставка финансирования, включенная в КПП/КСГ на 2020 год, составляет 40 157,85 рублей (без учета коэффициента дифференциации базовая ставка составляет 12 945,793 рублей).

3.4.6. Установить средние значения коэффициента уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара:

- для первого уровня – 0,95;
- для второго уровня – 1,10;
- для третьего уровня – 1,30.

3.4.7. Установить управленческий коэффициент для для клинико-профильных групп/клинико-статистических групп:

- | | | | |
|--|----------|-------------------------------|----------|
| 1) КПП «Акушерство и гинекология» | – 1,400; | 5) КПП «Терапия» | – 1,400; |
| 2) Акушерство и гинекология КСГ ds02.006 | – 1,400; | 6) КПП «Дерматология» | – 0,800; |
| 3) Акушерство и гинекология КСГ ds02.007 | – 1,400; | 7) Отоларингология (ds20.001) | – 0,800; |
| 4) КПП «Педиатрия» | – 1,100; | 8) Офтальмология (ds21.001) | – 0,800. |

3.4.8. Установить значения коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП), согласно таблице 27:

Таблица 27

N	Случаи, для которых установлен КСЛП	Пороговые значения КСЛП
1	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей до 1 года) <*>	1,4
2	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей от 1 до 4)	1,2
3	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний)	1,1
4	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет) (в том числе, включая консультацию врача-гериатра) <*>	1,2
5	Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ	пункт 2.6.8.2.
6	Проведение молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования в целях диагностики злокачественных новообразований	1,15
7	Экстракорпоральное оплодотворение в зависимости от этапа с учетом КСЛП	пункт 2.6.6.2.

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8.

3.4.9. Данные для расчёта тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара по КПП/КСГ (смешанный способ оплаты), представлены в Таблицах 3, 5, 6 Приложения № 15 к настоящему Соглашению.

3.4.10. Данные для расчёта тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях по КСГ, представлены в Таблицах 4, 5, 6 Приложения № 15 к настоящему Соглашению.

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

3.4.12. Тарифы на оплату процедур диализа с учетом применения различных методов установлены в Разделе 5 Приложения 1 к настоящему Соглашению.

3.5. Размер и структура тарифа на оплату скорой медицинской помощи.

3.5.1. Численность застрахованного населения обслуживаемого скорой медицинской помощи, определяется на 01 декабря 2019 года по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц с учётом территориального прикрепления граждан к медицинским организациям.

3.5.2. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи (ФО_{СМП}), 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 средств межбюджетного трансферта, направляемого в бюджет ТФОМС из областного бюджета, на 2020 год составляет – 2 249,1 рублей на 1 застрахованное лицо в год.

3.5.3. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи (ПН_{БАЗ}), оказываемой вне медицинской организации, в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепленное к станции (отделению) скорой медицинской помощи, в расчёте на 1 месяц составил 191,93 рублей.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорая (специализированная) медицинская помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

- расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии.

3.5.4. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации (Таблица 28):

Таблица 28

Возраст	Пол	Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи
1	2	3
0-1	муж.	2,868
	жен.	2,629

Возраст	Пол	Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи
1-4	муж.	1,993
	жен.	1,814
5-17	муж.	0,680
	жен.	0,640
18-64	муж.	0,771
	жен.	1,143
65 и старше	муж.	0,931
	жен.	1,244

3.5.5. Коэффициенты дифференциации подушевого норматива, рассчитанные для медицинских организаций (Таблица 29):

Таблица 29

№ п. п.	Наименование МО	Коэффициенты дифференциации		
		Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для медицинских организаций	Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива для каждой медицинской организации	Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива i – той группы медицинских организаций
		КД _{ПВ}	КД _{ИНТ}	СКД _{инт<i>i</i>}
1	2	3	5	6
1	МОГБУЗ "Станция скорой медицинской помощи"	1,007	1,007	1,00002
2	МОГБУЗ "Омсукчанская РБ"	0,976	0,976	
3	МОГБУЗ "Сусуманская РБ"	0,982	0,982	
4	МОГБУЗ "Хасынская РБ"	0,984	0,984	
5	МОГБУЗ "Ольская РБ"	0,991	0,991	
6	МОГБУЗ "Ягоднинская РБ"	0,981	0,981	
7	МОГБУЗ "Среднеканская РБ"	0,995	0,995	
8	МОГБУЗ "Тенькинская РБ"	0,983	0,983	

3.5.6. Дифференцированные подушевой нормативы финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций (Таблица 30):

Таблица 30

№ п.п.	Наименование МО	Дифференцированные подушевой норматив финансирования СМП для i группы	Поправочный коэффициент	Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования СМП для i группы
		Дпн _і		ФДпн _і
1	2	3	4	5
1	МОГБУЗ "Станция скорой медицинской помощи"	191,934	1,000027	191,9289
2	МОГБУЗ "Омсукчанская РБ"			
3	МОГБУЗ "Сусуманская РБ"			

№ п.п.	Наименование МО	Дифференцированный подушевой норматив финансирования СМП для i группы	Поправочный коэффициент	Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования СМП для i группы
		Дпнi	ПК	ФДпнi
1	2	3	4	5
4	МОГБУЗ "Хасынская РБ"			
5	МОГБУЗ "Ольская РБ"			
6	МОГБУЗ "Ягоднинская РБ"			
7	МОГБУЗ "Среднеканская РБ"			
8	МОГБУЗ "Тенькинская РБ"			

3.5.7. 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:

$$\Phi O_{\text{СМП}} = \Phi ДП_{\text{н}^i} \times ЧЗ^{\text{ПР}}, \text{ где:}$$

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

$\Phi Д$ фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей;

$ЧЗ^{\text{ПР}}$ численность застрахованных лиц, прикрепленных к данной медицинской организации на 01.12.2019 года, человек (по территориальному принципу).

3.5.8. Размер ежемесячного финансового обеспечения медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь за счет средств обязательного медицинского страхования в 2020 году, в том числе в разрезе страховых медицинских организаций установлен в Приложении № 7 настоящего Соглашения.

3.5.9. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной пациентам с острым коронарным синдромом, включающей проведение тромболитической терапии, осуществляется по утвержденному тарифу с учетом расходов на лекарственное обеспечение, дополнительно к подушевому нормативу финансирования.

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

3.5.11. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации применяемые, в том числе для осуществления межучрежденческих и межтерриториальных расчётов установлены в разделе 4 Приложения № 1 настоящего Соглашения.

3.6. Размер и структура тарифа на оплату услуг диализа.

3.6.1. Размер базового тарифа на оплату гемодиализа на 2020 год, составляет 8 788,1 рублей.

3.6.2. Размер базового тарифа на оплату перитонеального диализа на 2020 год, составляет 6 459,8 рублей.

3.6.3. Базовый тариф определен с применением коэффициента дифференциации, рассчитанного 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 – 3,102.

3.6.4. Для расчёта услуг диализа с учетом применения различных методов, к базовому тарифу применяются коэффициенты относительной затратоемкости (Таблица № 31):

Таблица 31

КОЭФФИЦИЕНТЫ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ЗАТРАТОЕМКОСТИ К БАЗОВОМУ ТАРИФУ ДЛЯ ОПЛАТЫ ДИАЛИЗА

N	Код услуги	Наименование услуги	Условия оказания	Единица оплаты	Коэффициент относительной затратоемкости
Услуги гемодиализа					
1	A18.05.002	Гемодиализ	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	1,00
2	A18.05.002.002	Гемодиализ интермиттирующий низкопоточный	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	1,00
3	A18.05.002.001	Гемодиализ интермиттирующий высокопоточный	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	1,05
4	A18.05.011	Гемодиафильтрация	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	1,08
5	A18.05.004	Ультрафильтрация крови	стационарно	услуга	0,92

6	A18.05.002.003	Гемодиализ интермиттирующий продленный	стационарно	услуга	2,76
7	A18.05.003	Гемофильтрация крови	стационарно	услуга	2,88
8	A18.05.004.001	Ультрафильтрация продленная	стационарно	услуга	2,51
9	A18.05.011.001	Гемодиафильтрация продленная	стационарно	услуга	3,01
10	A18.05.002.005	Гемодиализ продолжительный	стационарно	сутки	5,23
11	A18.05.003.002	Гемофильтрация крови продолжительная	стационарно	сутки	5,48
12	A18.05.011.002	Гемодиафильтрация продолжительная	стационарно	сутки	5,73
Услуги перитонеального диализа					
13	A18.30.001	Перитонеальный диализ	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	день обмена	1,00
14	A18.30.001.001	Перитонеальный диализ проточный	стационарно	день обмена	4,92
15	A18.30.001.002	Перитонеальный диализ с использованием автоматизированных технологий	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	день обмена	1,24
16	A18.30.001.003	Перитонеальный диализ при нарушении ультрафильтрации	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	день обмена	1,09

3.6.5. Тарифы на оплату процедур диализа с учетом применения различных методов установлены в Разделе 5 Приложения 1 к настоящему Соглашению

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».

4.1. 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 № 5 к настоящему Соглашению.

4.2. Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:

$$C = H + C_{\text{шт}},$$

где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

С_{шт} - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

4.2.1. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{\text{но}},$$

где:

РТ - размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

К_{но} - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи, устанавливается в соответствии с Приложением № 5 к настоящему Соглашению.

В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены (пункт 4.6.1 Перечня оснований), страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

4.2.2. Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (С_{шт}), рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{шт}} = RP \times K_{\text{шт}},$$

4.2.2.1. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

$$C_{\text{шт}} = RP_{\text{А базовый}} \times K_{\text{шт}},$$

где:

RP_{А базовый} - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный настоящим Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля (пункт 3.2.15.3.);

К_{шт} - коэффициент для определения размера штрафа, устанавливается в соответствии с Приложением № 5 к настоящему Соглашению.

4.2.2.2. При оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

$$C_{\text{шт}} = RP_{\text{СМП базовый}} \times K_{\text{шт}},$$

где:

RP_{СМП базовый} - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный настоящим Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий

предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля (пункт 3.5.3.);

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа, устанавливается в соответствии с Приложение № 5 к настоящему Соглашению.

4.2.2.3. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания:

$$C_{шт} = РП_{ПП \text{ базовый}} \times K_{шт}$$

где:

$РП_{ПП \text{ базовый}}$ - подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный настоящим Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля (пункт 3.2.16.3).

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа, устанавливается в соответствии с Приложение № 5 к настоящему Соглашению.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный настоящим Тарифным соглашением, применяется также для расчёта размера штрафных санкций по разделу 2 Перечня оснований.

4.2.2.4. При оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара:

$$C_{шт} = РП_{СТ \text{ базовый}} \times K_{шт}$$

где:

$РП_{СТ \text{ базовый}}$ - подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с **территориальной программой** на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения;

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа, устанавливается в соответствии с Приложение № 5 к настоящему Соглашению.

V. Раздел «Заключительные положения».

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

5.2. 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.

5.3. 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.

5.4. 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.

5.5. 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.

5.6. Срок действия Тарифного соглашения с «01» января 2020 года по «31» декабря 2020 года.

Представители сторон тарифного соглашения:

**от исполнительного органа
государственной власти Магаданской области:**

Министр здравоохранения и демографической
политики Магаданской области



С.А. Чеканов

«28» декабря 2019 г.

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

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Магаданской области



А.Д. Щербакова

«28» декабря 2019 г.

от страховых медицинских организаций:

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



В.А. Яковлева

«28» декабря 2019 г.

**от профессиональных медицинских ассоциаций
Магаданской области**

Председатель правления общественной
организации «Магаданская Областная
Медицинская Ассоциация»



М.В. Гордин

**от профессиональных союзов медицинских
работников**

Член Магаданской областной организации
профсоюза работников здравоохранения
Российской Федерации



А.В. Коровская