

**Тарифное соглашение  
по оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского  
страхования Вологодской области на 2017 год**

г. Вологда

29.12.2016 г.

**Раздел I. Общие положения**

Комиссия по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования в составе представителей:

- органа исполнительной власти Вологодской области – Маклакова И.Н., начальника департамента здравоохранения Вологодской области;
- Территориального фонда обязательного медицинского страхования - Симкиной И.Б., директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Вологодской области;
- страховых медицинских организаций – Костарева А.В., директора Вологодского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»;
- профессиональных союзов медицинских работников – Быковой Т.П., председателя Вологодской областной организации Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации;
- ассоциации медицинских профессиональных некоммерческих организаций – Соколова Н.В., главного врача БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 3», президента Вологодской областной общественной организации «Ассоциация врачей»;

в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года № 158 н, 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»; Постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2016 г. №1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»; приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года № 1664 н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»; приказом Федерального фонда ОМС от 18 ноября 2014 года № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (с изменениями); Методическими указаниями по предоставлению информации об объемах медицинской помощи и их финансового обеспечения членами комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского

страхования, доведенными письмом ФОМС от 24.11.2015 № 7343/30-5/н; информационным письмом Министерства здравоохранения РФ от 23.12.2016 г. № 11-7/10/2-8304 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов», «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», доведенными совместным письмом Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда ОМС 22 декабря 2016 года № 11-8/10/2-8266 и 12578/26/и, приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (с изменениями), письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24 декабря 2012 г. № 9939/30-н «О порядке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи», Приказом Министерства здравоохранения РФ от 2 июня 2015 г. № 290 н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача -оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача - акушера-гинеколога», заключили настоящее Соглашение о нижеследующем:

Предметом Тарифного соглашения является установление размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи и условий оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Вологодской области на 2017 год.

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

Способы оплаты медицинской помощи установлены «Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» от 19.12.2016 г. №1403.

В рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования производится оплата медицинских услуг:

- 1) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:
  - по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);
  - за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (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);
- 2) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях,

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);
- 3) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);
- 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), - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

## **II. 1. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:**

### **1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.**

1.1) Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее – подушевой норматив) (Приложение 1).

1.2) Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), не имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (Приложение 2).

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

В подушевой норматив финансирования включается первичная доврачебная, врачебная медико-санитарная помощь, организованная по территориально – участковому принципу, а также первичная специализированная медико-санитарная помощь.

В подушевые нормативы финансирования через коэффициенты включаются расходы на:

- лабораторные исследования, оказываемые медицинскими организациями централизованно;
- затраты на содержание фельдшерско-акушерских пунктов;
- затраты на содержание травматологического пункта;
- затраты на содержание службы ДШО.

Финансовый план по амбулаторно – поликлинической помощи медицинских организаций рассчитываются на год путем умножения подушевого норматива на численность приписного населения.

Финансовый план медицинских организаций пересчитывается ежемесячно, учитывая «движение» численности приписного населения между медицинскими организациями.

В подушевые нормативы финансирования не включается медицинская помощь (оплата за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)):

- медицинская помощь, оказываемая в неотложной форме;
- стоматологическая;
- медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями (структурными подразделениями медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц;
- медицинская помощь, оказываемая женскими консультациями и кабинетами акушеров-гинекологов;
- медицинская помощь, оказываемая Центрами здоровья;
- медицинская помощь по гемодиализу;
- медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями централизованно (городские приемы);
- МРТ – исследования;
- мероприятия по диспансеризации, профилактическим медицинским осмотрам (диспансеризация определенных групп взрослого населения, диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, медицинские осмотры несовершеннолетних).

3) Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций.

Оплата по амбулаторно-поликлинической помощи медицинских организаций, финансируемых по подушевому принципу осуществляется с учетом показателей результативности.

При невыполнении объемных показателей и показателей оценки качества медицинской помощи проводится корректировка (уменьшение) финансового плана учреждения (за исключением средств, предусмотренных в тарифах по подушевому нормативу финансирования через коэффициент (фельдшерско-акушерские пункты по ЦРБ, централизованные исследования и служба ДШО) в разрезе:

- посещений с профилактической и иной целью;
- обращений в связи с заболеванием.

Анализ выполнения объемных показателей медицинских организаций производится с учетом объемных показателей (медицинских услуг), оказанным по направлениям в других медицинских организациях, нарастающим итогом с начала года за 6, 9 и 12 месяцев.

Критерии оценки выполнения объемов амбулаторно-поликлинической помощи при оплате медицинской помощи для медицинских организаций, финансируемых по подушевому принципу:

Исполнение планового задания, %	Квартальная корректировка, %
от 80% до 75%	5%
менее 75 % до 70 %	7%
менее 70% до 65 %	9%
менее 65 % до 60 %	11%
менее 60 %	14%

В целях мониторинга показателей результативности деятельности медицинских организации, применяется «Рекомендуемый перечень показателей деятельности медицинской организации» (Приложение 3).

## **II. 2. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях**

1) Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях:

Медицинские организации первого уровня.

Медицинские организации, и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа):

первичную медико-санитарную помощь;

и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 4 профилям, включая терапевтический, хирургический и педиатрический профиль;

и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

и (или) паллиативную медицинскую помощь (Приложение 4).

Медицинские организации второго уровня.

Медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие в том числе специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям медицинской помощи и (или) населению нескольких муниципальных образований, а также для специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров, диспансеров (Приложение 5).

Медицинские организации третьего уровня.

Медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь (Приложение 6).

2) Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.

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

Оплата прерванного случая оказания медицинской помощи осуществляется:

- в размере 80 % от установленной Тарифным соглашением стоимости конкретной КСГ, в случае если пациенту выполнена хирургическая операция;
- в размере 50 % от установленной Тарифным соглашением стоимости конкретной КСГ, в случае если пациенту не выполнялась хирургическая операция.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, кроме случаев, входящих в группы, перечисленные ниже.

№ КСГ	Наименование КСГ (круглосуточный стационар)
2	Осложнения, связанные с беременностью
3	Беременность, закончившаяся абортным исходом
4	Родоразрешение
5	Кесарево сечение
11	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
12	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)
16	Ангионевротический отек, анафилактический шок
84	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
97	Сотрясение головного мозга
146	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
154	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
155	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
159	Замена речевого процессора
160	Операции на органе зрения (уровень 1)
161	Операции на органе зрения (уровень 2)
185	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
206	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)
258	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани
287	Операции на органах полости рта (уровень 1)
300	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
302	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
306	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

3) Оплата по двум КСГ в рамках одного пролеченного прерванного случая.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной), в случае, если это обусловлено возникновением 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 КСГ.

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

При дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением оплата по двум КСГ («Осложнения беременности» и «Родоразрешение» (или «Кесарево сечение»))

возможна в случае пребывания в отделение патологии беременности в течение 6 и более дней.

При этом оплата по 2 КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

O14.1 Тяжелая преэклампсия.

O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери.

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.

4). Оплата случаев сверхдлительного пребывания

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

№ КСГ	Наименование КСГ
44	Детская хирургия, уровень 1
45	Детская хирургия, уровень 2
106	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость
107	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций
148	Лучевая терапия, уровень затрат 2
149	Лучевая терапия, уровень затрат 3
220	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)
266	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)
267	Панкреатит, хирургическое лечение
285	Ожоги (уровень 5)

6). Оплата случаев лечения по профилю "Медицинская реабилитация"

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации взрослого пациента служит оценка состояния по "Модифицированной шкале Рэнкин (mRS)". При оценке по шкале Рэнкин 3-4-5 пациент получает реабилитацию в условиях круглосуточного реабилитационного стационара с оплатой по соответствующей КСГ.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации детей с двигательными нарушениями служит оценка дефицита двигательных возможностей по шкале глобальных моторных функций GMFCS (Gross motor function classification system). При оценке по шкале GMFCS 3 – 4 – 5 ребенок получает реабилитацию в условиях круглосуточного реабилитационного стационара с оплатой по соответствующей КСГ.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации детей с другими заболеваниями служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести других заболеваний ребенок получает реабилитацию в условиях круглосуточного реабилитационного стационара с оплатой по соответствующей КСГ.

7). Группы, к которым не применяется КУС.

Это группы, медицинская помощь по которым оказывают преимущественно на одном уровне либо имеющие высокую степень

стандартизации медицинских технологий, и предусматривающие (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи.

Перечень групп, к которым не применяют КУС:

№	Профиль (КПГ) и КСГ	КУС
4	<b>Гастроэнтерология</b>	
17	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	Нет
6	<b>Дерматология</b>	
29	Легкие дерматозы	Нет
15	<b>Неврология</b>	
84	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина	Нет
16	<b>Нейрохирургия</b>	
95	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии	Нет
20	<b>Оториноларингология</b>	
159	Замена речевого процессора	Нет
27	<b>Терапия</b>	
195	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	Нет
197	Болезни желчного пузыря	Нет
199	Гипертоническая болезнь в стадии обострения	Нет
200	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца, (уровень 1)	Нет
204	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания	Нет
30	<b>Урология</b>	
230	Болезни предстательной железы	Нет
31	<b>Хирургия</b>	
243	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	Нет
253	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей	Нет
259	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы	Нет
32	<b>Хирургия (абдоминальная)</b>	
271	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)	Нет
272	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)	Нет
273	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)	Нет
274	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)	Нет
275	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)	Нет
36	<b>Прочее</b>	
300	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина	Нет

№	Профиль (КПГ) и КСГ	КУС
302	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии	Нет
306	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов	Нет

### П.3. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

1) Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара (Приложение 7).

2) Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.

Оплата прерванного случая оказания медицинской помощи в дневном стационаре при продолжительности его три и менее дней, а также при переводе пациента в другую медицинскую организацию, другое структурное подразделение в пределах одной медицинской организации, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований осуществляется:

- в размере 80 % от установленной Тарифным соглашением стоимости конкретной КСГ, в случае если пациенту выполнена хирургическая операция;
- в размере 30 % от установленной Тарифным соглашением стоимости конкретной КСГ, в случае если пациенту не выполнялась хирургическая операция.

3) При оплате по КСГ случаи, при которых длительность госпитализации составляет 2 дня и менее, если пациенту была выполнена хирургическая операция, либо другое вмешательство, являющиеся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 40 % от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ:

№ КСГ	Название КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
3	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,71
4	Операции на женских половых органах (уровень 2)	1,06
16	Операции на мужских половых органах, дети	1,38
17	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети	2,09
18	Операции по поводу грыж, дети	1,6
33	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	1,53
34	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	3,17
38	Операции на периферической нервной системе	2,57
47	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)	2,35
48	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)	2,48
56	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)	1,12

57	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)	1,66
58	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)	2
59	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)	2,46
62	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,96
63	Операции на органе зрения (уровень 2)	1,44
64	Операции на органе зрения (уровень 3)	1,95
65	Операции на органе зрения (уровень 4)	2,17
66	Операции на органе зрения (уровень 5)	3,84
72	Операции на сосудах (уровень 1)	2,18
73	Операции на сосудах (уровень 2)	4,31
76	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения	1,32
77	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)	1,44
78	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)	1,69
79	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)	2,49
82	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	2,18
83	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)	2,58
84	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)	1,97
85	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)	2,04
86	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)	2,95
88	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,75
89	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)	1
90	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)	4,34
91	Операции на органах кроветворения и иммунной системы	1,29
92	Операции на молочной железе	2,6
93	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)	2,11
94	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)	3,55
95	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)	1,57
96	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)	2,26
97	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)	3,24
98	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)	2,06
99	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)	2,17

	2)	
102	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,92
103	Операции на органах полости рта (уровень 2)	1,56

Кроме случаев, входящих в группы, перечисленные ниже. Данные группы являются исключениями, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения:

№ КСГ	Наименование КСГ
5	Экстракорпоральное оплодотворение
6	Искусственное прерывание беременности (аборт)
7	Аборт медикаментозный
54	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
111	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов

4) По КСГ 21-24 и 109 дневного стационара, коэффициент затратно-коэффициент учитывает усредненные затраты на 1 месяц терапии.

5) Оплата по двум КСГ в рамках одного пролеченного случая.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной), в случае, если это обусловлено возникновением 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 КСГ.

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

б) Порядок работы дневного стационара.

Дневной стационар является самостоятельной медицинской организацией или структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения, в том числе амбулаторно-поликлинических, больничных учреждений, и предназначен для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных для пациентов, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения. Режим работы дневного стационара определяется руководителем лечебно-профилактического учреждения с учетом объемов проводимых медицинских мероприятий. Время пребывания пациента в дневном стационаре не менее 4 часов, обязательно наличие койко-места.

7) Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация».

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по «Модифицированной шкале Рэнкин (mRS)». При

оценке по шкале Рэнкин 3 и менее пациент получает реабилитационную помощь в условиях дневного стационара.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации детей с двигательными нарушениями служит оценка дефицита двигательных возможностей по шкале глобальных моторных функций GMFCS (Gross motor function classification system). При оценке по шкале GMFCS 3 и менее ребенок получает реабилитационную помощь в условиях дневного стационара.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации детей с другими заболеваниями служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и легкой степени тяжести других заболеваний ребенок получает реабилитационную помощь в условиях дневного стационара.

#### **II. 4. Сведения о применении способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации**

1) Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, в том числе перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (далее – подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи) в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи (Приложение 8).

2) За вызов скорой медицинской помощи осуществляется оплата медицинской помощи, оказанная гражданам, застрахованным вне территории Вологодской области.

3) За вызов скорой медицинской помощи в случае проведения тромболизиса.

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

##### **3) По медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:**

3.1) Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, 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 – 3 593,72 руб.

3.2) Размер подушевого норматива финансирования с 1 января 2017 года – 2 032,59 руб. Подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций (Приложение 9).

3.3) Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов (Приложение 10).

Базовые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, единые, в том числе применяемые при внутриучрежденческих,

межучрежденческих (осуществляются страховыми медицинскими организациями) и межтерриториальных (осуществляются территориальными фондами обязательного медицинского страхования) расчетах.

Среднее число посещений по поводу заболеваний в одном обращении в амбулаторных условиях (Приложение 11).

Нормативы нагрузки для расчета стоимости медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования на 2017 год (Приложение 12).

3.4) Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива (Приложение 13).

#### 4) По медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях:

4.1) Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, 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 – 4 440,52 руб.

4.2) Перечень групп заболеваний КСГ с указанием коэффициентов относительной затратноности КСГ (Приложение 14).

4.3) Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ с 1 января 2017 года, с учетом среднего поправочного коэффициента (СПК), - 19 686,88 руб.

4.4) Поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

- коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи (Приложение 15);

- коэффициенты подуровней оказания стационарной медицинской помощи (Приложение 16);

- управленческие коэффициенты (Приложение 17)

- коэффициенты сложности лечения пациента:

необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет),

проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящимся к разным КСГ,

проведение сочетанных хирургических вмешательств (Приложение 18);

- коэффициенты сложности лечения пациента для оплаты случаев сверхдлительного пребывания (КСКП).

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

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

где

КСКП – коэффициент сложности лечения пациента;

$K_{дл}$  – коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов – 0,25 для обычных отделений, 0,4 – с учетом пребывания в реанимационных отделениях;

ФКД – фактическое количество койко-дней;

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

4.5) Тарифы по стационарной медицинской помощи (Приложение 19).

4.6) Тарифы по стационарной медицинской помощи к которым не применяется КУС (Приложение 20).

4.7) Тарифы, применяемые для оплаты прерванных случаев лечения (Приложение 21).

4.8) Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи (Приложение 22).

#### **5) По медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара:**

5.1) Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, 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 – 798,56 руб.

5.2) Перечень групп заболеваний КСГ с указанием коэффициентов относительной затратноёмкости (Приложение 23).

5.3) Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ с 1 января 2017 года, с учетом среднего поправочного коэффициента (СПК), - 10 182,70руб.

5.4) Поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

- управленческие коэффициенты (Приложение 24).

5.5) Тарифы по КСГ (Приложение 25).

5.6) Тарифы, применяемые для оплаты прерванных, в том числе сверхкоротких случаев лечения (Приложение 26).

#### **6) По скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации:**

6.1) Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, 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 в рамках базовой программы ОМС – 606,34 руб.; с учетом условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой ОМС (расширение тарифа) – 644,14 руб.

6.2) Размер подушевого норматива скорой медицинской помощи с 1 января 2017 года - 604,06 руб.

Подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций (Приложение 27).

6.3) Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи), применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов (Приложение 28).

6.4) Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива (Приложение 29).

### **7. Структура тарифов на оплату медицинской помощи**

Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования Вологодской области и в части базовой, а также сверх базовой программы обязательного медицинского страхования включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания 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.

**Раздел IV. 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 (Приложение 30).**

### **Раздел V. Заключительные положения**

5.1. Срок действия «Тарифного соглашения на 2017 год» с 1 января 2017 года по 31 декабря 2017 года и распространяется на оплату медицинской помощи в рамках ТПОМС, оказанной с 1 января 2017 года по 31 декабря 2017 года включительно.

5.2. Пересмотр тарифов для медицинских организаций производится при изменении законодательных и распорядительных актов, дополнительных источниках финансирования и соответствующем пересмотре Территориальной программы ОМС.

5.3. При необходимости в «Тарифное соглашение на 2017 год» вносятся изменения в целях мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализации при заболеваниях и состояниях, входящих в определенную КСГ, стимулировании к внедрению конкретных современных

методов лечения, коррекции рисков резкого изменения финансирования случаев, отнесенных к отдельным КСГ, с учетом соблюдения принципов «бюджетной нейтральности».

5.4. При изменении численности приписного населения ежеквартально осуществляется пересмотр тарифов на оплату медицинской помощи по подушевым нормативам финансирования.

Пересмотр тарифов на оплату медицинской помощи по подушевым нормативам финансирования осуществляется в случаях изменения численности приписного населения в целом по области на 0,1%.

5.5. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования:

- по всем видам медицинской помощи - с учетом поквартальной разбивки с нарастающим итогом;

- по стационарной медицинской помощи - в разрезе объемов, установленных по КСГ, по высокотехнологической медицинской помощи по законченному случаю, в том числе КПП;

- по медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара - в разрезе объемов, установленных по КПП и КСГ, по медицинской реабилитации;

- по ВМП оплата осуществляется в рамках годовых объемов, без учета плана по кварталам;

- по всем видам диспансеризации и медицинских осмотров оплата осуществляется в рамках годовых объемов, без учета плана по кварталам;

- по медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), за исключением всех видов диспансеризации и медицинских осмотров – анализ выполнения объемных показателей проводится нарастающим итогом с начала года за 9 и 12 месяцев, медико-экономический контроль счета в соответствии с приказом ФОМС от 01.12.2010 №230 по пункту дефекта 5.3.2 «Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы», осуществляется в срок до 20 числа второго месяца, следующим за отчетным месяцем.

5.6 Расчет суммы квартальной корректировки (уменьшения) финансового плана медицинских организаций, финансируемых по подушевому принципу, страховыми медицинскими организациями осуществляется в срок до 20 числа месяца, следующим за отчетным кварталом. Квартальная корректировка (уменьшение) финансового плана медицинских организаций страховыми медицинскими организациями осуществляется в срок до 20 числа второго месяца, следующим за отчетным кварталом.

При условии выполнения планового задания по амбулаторно-поликлинической помощи в рамках подушевого финансирования в разрезе: посещений с профилактической и иной целью и обращений в связи с

заболеванием, по медицинской организации в целом (без учета разбивки планового задания по страховым медицинским организациям), корректировка (уменьшение) финансового плана учреждения не производится.

5.7. Комиссией по разработке ТП ОМС плановые задания устанавливаются в разбивке по кварталам. По истечении квартала изменение планового задания по данному кварталу не производится для медицинских организаций, финансируемых по подушевому принципу в части объемов амбулаторно-поликлинической помощи по подушевому нормативу.

Страховые медицинские организации и медицинские организации своевременно представляют в адрес Комиссии по разработке ТП ОМС предложения по внесению изменений в объемы предоставления медицинской помощи (до 1 числа последнего месяца квартала) с приложением обоснования предлагаемых изменений и финансового анализа.

5.8. Перечень лекарственных препаратов, материалов медицинского назначения, необходимых для оказания амбулаторной стоматологической помощи (Приложение 31).

5.9. Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) (Приложение 32).

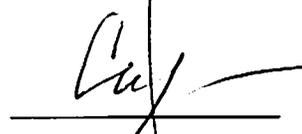
**Согласовано:**

Начальник департамента  
здравоохранения Вологодской области



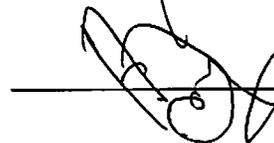
И.Н. Маклаков

Директор Территориального фонда  
обязательного медицинского  
страхования Вологодской области



И.Б. Симкина

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



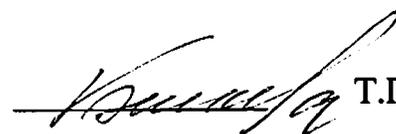
А.В. Костарев

Главный врач БУЗ ВО «Вологодская  
городская поликлиника № 3»,  
президент Вологодской областной  
общественной организации  
«Ассоциация врачей»



Н.В. Соколов

Председатель Вологодской областной  
организации Профсоюза работников  
здравоохранения Российской  
Федерации



Т.П. Быкова