

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ НА 2017 ГОД

I. Общие положения

1.1. Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на 2017 год заключено между департаментом здравоохранения Воронежской области, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Воронежской области, страховыми медицинскими организациями, Общественной организацией «Ассоциация работников здравоохранения Воронежской области» и Воронежской областной организацией профсоюза работников здравоохранения, включенными в состав комиссии, созданной постановлением правительства Воронежской области от 13.09.2011 № 802 «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования».

1.2. Настоящее Тарифное соглашение разработано в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29.11.2010 № 326 - ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, утверждённой постановлением Правительства РФ от 19.12.2016 № 1403, Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов на территории Воронежской области, утверждённой постановлением правительства Воронежской области от 28.12.2016 № 1004 (далее - постановление правительства Воронежской области от 28.12.2016 № 1004), Правилами обязательного медицинского страхования, утверждёнными приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158н (далее - Правила обязательного медицинского страхования), Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230, приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200 «Об утверждении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», информационным письмом Минздрава России от 23.12.2016 № 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, разработанными рабочей группой Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, направленными письмом Минздрава России от 22.12.2016 № 11-8/10/2-8266 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 22.12.2016 № 12578/26/и, Инструкцией по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, доведенной письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 27.12.2016 № 12708/26-2/и (далее – Инструкция по группировке).

1.3. Предметом настоящего Тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Воронежской области, их состава и структуры, способов оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, с указанием размеров неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи

и размеров штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

1.4. Финансирование деятельности страховых медицинских организаций (далее – СМО) из средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области (далее – ТФОМС) определяется договорами о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

1.5. Оплата медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, осуществляется СМО в соответствии с заключенными договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в сроки и на условиях, предусмотренных договорами.

1.6. Настоящее Тарифное соглашение является обязательным для исполнения всеми участниками системы обязательного медицинского страхования Воронежской области и распространяется на все медицинские организации, участвующие в выполнении территориальной программы обязательного медицинского страхования, независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности.

II. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории Воронежской области

2.1. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях

На территории Воронежской области при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты:

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

В подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи включается объем амбулаторной помощи, оказываемой:

- участковой службой (врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами);
- врачами-специалистами;
- средним медицинским персоналом фельдшерско-акушерских пунктов;
- здравпунктах;
- прививочная работа (за исключением проведения антирабических прививок);
- осмотр контактных;
- второе и последующие посещения центров здоровья с целью динамического наблюдения.

В подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи не включаются расходы на:

- проведение диспансеризации и медицинских осмотров, в том числе проведение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения при выездах мобильных медицинских комплексов;
- посещение центров здоровья (комплексное обследование 1 раз в год, первое посещение с целью динамического наблюдения);
- посещение консультативно-диагностических центров неприкрепленными застрахованными лицами;
- посещение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в консультативно-диагностических центрах и при выездах мобильных медицинских комплексов для оказания медицинской помощи неприкрепленным застрахованным лицам;
- проведение диагностических исследований в консультативно-диагностических центрах и АУЗ ВО «ВОККДЦ»;
- проведение лабораторных исследований в АУЗ ВО «ВОККДЦ»;

- проведение цитологических исследований, в том числе методом жидкостной цитологии, исследований по диагностике колоректального рака в БУЗ ВО «ВГКБСМП №10» и АУЗ ВО «ВОККДЦ»;
- проведение антирабических прививок;
- оказание стоматологической медицинской помощи;
- оказание неотложной медицинской помощи, в том числе в травматологических пунктах и приемных отделениях стационаров без последующей госпитализации;
- консультативный прием;
- ультразвуковое исследование беременных женщин с целью проведения пренатальной диагностики нарушений развития ребенка в первом и втором триместрах беременности;
- медицинскую реабилитацию, проводимую в специализированных реабилитационных отделениях;
- проведение лучевой терапии в амбулаторных условиях БУЗ ВО «ВОКОД»;
- проведение заместительной почечной терапии методом гемодиализа и перитонеального диализа в амбулаторных условиях;
- проведение телемедицинских консультаций;
- комплексная гериатрическая оценка и обследование пациентов старше 75 лет, проводимое в БУЗ ВО «ВГП №4», БУЗ ВО «ГБ № 4», БУЗ ВО «Павловская РБ», АУЗ ВО «ВОККДЦ»;
- ежемесячное динамическое наблюдение пациентов при наличии трансплантированного органа (почка, печень, сердце), проводимое в БУЗ ВО «ВОКБ № 1».

Перечень медицинских организаций Воронежской области, имеющих застрахованное прикрепленное население, оплата амбулаторной медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в 2017 году, устанавливается согласно разделу I приложения 1.

2.1.2. Для медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения (раздел II приложения 1) и для медицинских организаций имеющих прикрепленное население при оказании амбулаторной помощи, не входящей в систему подушевого финансирования на прикрепленных лиц в рамках территориальной программы ОМС на 2017 год, а также, при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, оплата оказанной медицинской помощи осуществляется за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай)).

2.1.2.1. Оплата медицинской помощи, оказываемой при консультативном приеме, осуществляется по тарифу за посещение к врачу определенной специальности.

Тарифы на оплату медицинской помощи при консультативном приеме предусматривают компенсацию затрат на посещение специалиста определенного профиля, а также включают расходы на проведение диагностических исследований (за исключением исследований, на которые установлены отдельные тарифы), лабораторных исследований, лечебных манипуляций, медицинских услуг параклинических подразделений.

Оплата диагностических исследований, на которые установлены отдельные тарифы, проводимых в рамках консультативного приема осуществляется по тарифу на 1 исследование.

Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих консультативный прием в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2017 году, устанавливается согласно приложению 2.

В случае оказания вышеуказанными медицинскими организациями первичной медико-санитарной помощи, применяются тарифы, установленные Тарифным соглашением для разовых посещений (обращений).

2.1.2.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в центре здоровья, осуществляется по тарифу за законченный случай проведения комплексного обследования при первичном обращении и по тарифу за посещение - при динамическом наблюдении.

2.1.2.3. Оплата проведения ультразвукового исследования пренатальной диагностики нарушений развития ребенка в первом и втором триместрах беременности осуществляется по тарифу на 1 исследование.

2.1.2.4. Оплата проведения первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения осуществляется:

- в случае выполнения медицинской организацией в рамках проведения диспансеризации не менее 85 % от объема диспансеризации - по тарифам за законченный случай диспансеризации;

- в случае, если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при проведении диспансеризации превышает 15 % от объема диспансеризации, а общий объем выполненных осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85 % и более от объема диспансеризации - по тарифам за фактически выполненные осмотры (исследования, мероприятия).

Оплата диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, профилактического медицинского осмотра взрослого населения, профилактических, предварительных при поступлении в образовательные учреждения и периодических в период обучения в них медицинских осмотров несовершеннолетних, осуществляется по тарифам за законченный случай диспансеризации (медицинского осмотра).

Перечень медицинских организаций Воронежской области, участвующих в проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, профилактического медицинского осмотра взрослого населения, профилактических, предварительных при поступлении в образовательные учреждения и периодических в период обучения в них медицинских осмотров несовершеннолетних в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2017 год, устанавливается согласно приложению 2.

2.1.2.5. Оплата проведения второго этапа диспансеризации взрослого населения осуществляется по тарифу разового посещения к врачу определенной специальности.

2.1.2.6. Оплата медицинской помощи, оказанной в консультативно-диагностических центрах неприкрепленным застрахованным лицам, осуществляется по тарифу за посещение.

Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих медицинскую помощь в консультативно-диагностических центрах в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2017 году, устанавливается согласно приложению 3.

Оплата диагностических исследований, проводимых в консультативно-диагностических центрах и АУЗ ВО «ВОККДЦ», осуществляется по тарифу на 1 исследование.

2.1.2.7. Оплата лабораторных исследований осуществляется по тарифу на 1 исследование.

2.1.2.8. Оплата позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ), проводимой ООО «Межрегиональный медицинский центр ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний», осуществляется по тарифу на 1 исследование.

2.1.2.9. Оплата медицинской реабилитации в специализированных реабилитационных отделениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях, осуществляется за законченный случай медицинской реабилитации.

2.1.2.10. Медицинские услуги, связанные с проведением заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа, оплачиваются по тарифу 1 сеанса гемодиализа (перитонеального диализа).

Оплата заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа в амбулаторных условиях осуществляется при проведении диализа в БУЗ ВО «ВОКБ №1», БУЗ ВО «Бобровская», БУЗ ВО «Лискинская РБ», Медицинское частное учреждение дополнительного профессионального образования «Нефросовет».

2.1.2.11. Оплата стоматологической медицинской помощи осуществляется по условным единицам трудоемкости (УЕТ).

При пересчете УЕТ в посещения (обращения) используются следующие переводные коэффициенты:

- для посещений с профилактической целью – 1,5;
- для обращений по поводу заболевания – 10;
- при оказании стоматологической медицинской помощи в неотложной форме – 3.

Классификатор медицинских услуг, оказываемых по стоматологии в медицинских организациях Воронежской области, устанавливается приложением 48 к настоящему Тарифному соглашению.

2.1.2.12. Оплата неотложной медицинской помощи, в том числе в травматологических пунктах и приемных отделениях стационаров без последующей госпитализации, осуществляется по тарифу за посещение по неотложной помощи, по тарифу для травматологических пунктов и приемных отделений стационаров, за условные единицы трудоемкости при оказании неотложной стоматологической помощи.

В случае проведения в приемном отделении компьютерной томографии головы при подозрении на инсульт или ушиб головного мозга без последующей госпитализации пациента в условия круглосуточного стационара оплата медицинской помощи осуществляется по специальному тарифу.

2.1.2.13. Оплата лучевой терапии, проводимой в амбулаторных условиях БУЗ ВО «ВОКОД», осуществляется по тарифу за законченный случай лучевой терапии.

2.1.2.14. Оплата телемедицинских консультаций осуществляется по тарифу за одну проведенную консультацию.

Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих телемедицинские консультации в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2017 году, устанавливается согласно приложению 2.

2.1.2.15. Оплата проведения услуг расшифровка, описание при дистанционном мониторинге электрокардиограммы, рентгенограммы, магнитно - резонансной томографии, компьютерной томографии, холтеровского мониторинга сердечного ритма, электроэнцефалографии, суточного мониторинга артериального давления, функции внешнего дыхания производится по тарифу на 1 исследование за количество проведенных исследований.

2.1.2.16. Оплата комплексной гериатрической оценки и обследования пациентов старше 75 лет осуществляется за законченный случай обследования.

2.1.2.17. Оплата ежемесячного динамического наблюдения пациента при наличии трансплантированного органа (почка, печень, сердце) осуществляется по тарифу за 1 комплексное обследование.

2.1.3. При одновременном оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по поводу различных заболеваний врачами разных специальностей к оплате предъявляются два и более страховых случая.

Случай лечения заболевания считается завершенным при наступлении медицинского исхода (улучшение, выздоровление) и/или организационного исхода (прекращение оказания медицинской помощи по причине госпитализации, в том числе в стационар дневного пребывания, перевода в другую медицинскую организацию (далее – МО), отказ от получения медицинской помощи, в том числе неявки пациента, прекращения наблюдения, вне зависимости от формы лечения).

При продолжении начатого ранее лечения в другой МО или направлении на консультацию, обследование в другую МО, а также при диагностическом или восстановительном лечении в другой МО, к оплате предъявляются фактически выполненные объемы медицинской помощи каждой МО в соответствии с установленными способами оплаты и по соответствующим тарифам.

2.2. При оказании медицинской помощи в условиях стационара

2.2.1. Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих стационарную медицинскую помощь, в разрезе уровней оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2017 году, устанавливается согласно приложению 4.

Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара, осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенный в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистическую группу (КСГ)).

Правила отнесения случаев лечения к соответствующей КСГ установлены приложением 5 к настоящему Тарифному соглашению.

Стоимость одного случая лечения в условиях стационара ($CC_{\text{стац}}$) по КСГ определяется по следующей формуле:

$$CC_{\text{стац}} = BC_{\text{стац}} * KZ_{\text{КСГ}} * КУЗ_{\text{мо}} * КСЛП_{\text{стац}}, \text{ где}$$

$BC_{\text{стац}}$ - базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара;

$KZ_{\text{КСГ}}$ - коэффициент относительной затроемкости КСГ к которой отнесен данный случай оказания медицинской помощи;

$КУЗ_{\text{мо}}$ - коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи – коэффициент, учитывающий различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи.

$КСЛП_{\text{стац}}$ - коэффициент сложности лечения пациента.

Коэффициент сложности лечения пациента – коэффициент, учитывающий более высокий уровень затрат на оказание стационарной медицинской помощи.

2.2.2. Оплата законченных случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях длительностью 4 дня и более осуществляется в размере 100,0 % стоимости по соответствующей КСГ.

Случаи лечения, входящие в КСГ №№ 2, 3, 4, 5, 11, 12, 16, 84, 97, 146, 154, 155, 159, 160, 161, 185, 206, 258, 287, 300, 302, 306 оплачиваются в размере 100,0 % стоимости по соответствующей КСГ независимо от фактического срока лечения.

Оплата сверхкоротких, в том числе прерванных (перевод пациента в другую медицинскую организацию, преждевременная выписка пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, самовольный уход, летальный исход, а также при проведении диагностических исследований и т.д.), случаев лечения длительностью менее 3 дней включительно без выполнения хирургической операции осуществляется в размере 30,0 % стоимости, установленной для соответствующей КСГ.

Незаконченные (прерванные) случаи лечения длительностью 4 дня и более без выполнения хирургической операции или другой медицинской услуги, являющейся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, оплачиваются в размере 50,0 % стоимости по соответствующей КСГ.

Оплата сверхкоротких (срок госпитализации менее 3 дней включительно) и прерванных случаев лечения (независимо от фактического срока лечения) при которых была выполнена хирургическая операция или другая медицинская услуга, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, осуществляется в размере 80,0 % стоимости по соответствующей КСГ.

Оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением коэффициента сложности лечения пациента ($КСЛП_{\text{стац_дл}}$). К сверхдлительным

относятся случаи лечения сроком свыше 30 дней, кроме КСГ №№ 44, 45, 106, 107, 148, 149, 220, 266, 267, 285 для которых устанавливается нормативный срок пребывания – 45 дней.

Значение $КСЛП_{стационар}$ определяется в зависимости от фактического количества проведенных в стационарных условиях койко-дней. Округление показателя $КСЛП_{стационар}$ производится по правилам математического округления до двух знаков после запятой.

$$КСЛП_{стационар} = 1 + \frac{ФКД - НКД}{НКД} * K_{дл}, \text{ где}$$

$ФКД$ – фактическое количество койко-дней;

$НКД$ – нормативное количество койко-дней (30 дней, для КСГ №№ 44, 45, 106, 107, 148, 149, 220, 266, 267, 285 – 45 дней);

$K_{дл}$ - коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание и, частично, другие статьи.

$K_{дл}$ устанавливается равным 0,25.

2.2.3. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, 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 % оплате в рамках соответствующих КСГ.

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

При переводе пациента из одного отделения в другое в пределах одной медицинской организации (за исключением оказания медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и заболеваний, при лечении которых применяются виды высокотехнологичной медицинской помощи) в случае, если заболевание относится к одному классу МКБ -10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшей стоимостью.

Случаи лечения, обусловленные патологией беременности, с диагнозами, которые можно отнести к КСГ № 2, продолжительностью более 6 дней с последующим родоразрешением в течение одной госпитализации оплачиваются с применением коэффициента сложности лечения пациента, установленным п. 3.2.1. настоящего Тарифного соглашения.

2.2.4. Стоимость оказания медицинской помощи новорожденным детям по профилю «неонатология» в родовспомогательных учреждениях Воронежской области включается в стоимость оказания медицинской помощи женщинам, за исключением медицинской помощи, оказываемой новорожденным детям в Отделении новорожденных № 3 Перинатального центра БУЗ ВО «ВОКБ № 1».

В случае оказания медицинской помощи новорожденным детям в отделениях (палатах) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных в учреждениях родовспоможения с последующим переводом новорожденных в реанимационное отделение в БУЗ ВО «ВОДКБ № 1» или в случае смерти новорожденного, случаи родоразрешения оплачиваются с применением коэффициента сложности лечения пациента, установленным п. 3.2.1. настоящего Тарифного соглашения.

2.2.5. Оплата пребывания одного из родителей (иного члена семьи или законного представителя), имеющего право нахождения в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний, производится с применением коэффициента сложности лечения пациента, установленным п. 3.2.1. настоящего Тарифного соглашения (за исключением заболеваний, при лечении которых применяются виды высокотехнологичной медицинской помощи).

Расчет стоимости медицинской помощи, оказанной ребенку, с применением вышеуказанного коэффициента сложности лечения производится медицинской организацией по правилам математического округления до двух знаков после запятой.

2.2.6. В случае, если пациенту оказывалось оперативное лечение, но затратно-емкость группы, к которой данный случай был отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре, меньше затратно-емкости группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10, оплата осуществляется по группе с наибольшей стоимостью.

Данный подход не применяется для приведенных ниже комбинаций КСГ:

Таблица 1.

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
№ КСГ	Наименование КСГ, сформированной по услуге	КЗ	№ КСГ	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	КЗ
11	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	9	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
12	Операции на женских половых органах (уровень 2)	0,58	9	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
11	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	10	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов	0,46
74	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	0,84	18	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
75	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	1,74	18	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
160	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,49	166	Болезни глаза	0,51
287	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	286	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	0,89
287	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	194	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	0,79

232	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	1,2	229	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов	0,64
34	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)	0,97	231	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов	0,67
243	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,55	258	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани	0,66

В случае, если в рамках одного случая лечения заболевания пациенту было оказано несколько хирургических вмешательств, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет более высокий коэффициент относительной затратно-стоимости.

2.2.7. Оплата случаев оказания медицинской помощи, при лечении которых применяются виды и методы лечения в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в Программу, осуществляется в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи, установленными постановлением правительства Воронежской области от 28.12.2016 № 1004 (раздел I приложение № 4).

Порядок направления пациентов для оказания плановой высокотехнологичной медицинской помощи установлен приказом Минздрава России от 29.12.2014 № 930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы».

2.2.8. Оплата проведения заместительной почечной терапии с применением методов диализа в стационарных условиях оплачиваются по тарифу 1 услуги (1 дня обмена) дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения с учетом фактического количества выполненных услуг (дней обмена).

Оплата заместительной почечной терапии с применением методов диализа в стационарных условиях осуществляется при проведении диализа в БУЗ ВО «ВОКБ №1», БУЗ ВО «ВГКБСМП № 10», БУЗ ВО «ВГКБСМП № 1», БУЗ ВО «ВГКБСМП № 8», БУЗ ВО «ВОДКБ № 1», НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Воронеж-1 ОАО «РЖД».

2.3. При оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара

2.3.1. Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2017 году, устанавливается согласно приложению 6.

Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенный в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистическую группу (КСГ)).

Правила отнесения случая лечения в условиях дневного стационара к соответствующей КСГ установлены приложением 5.

Стоимость одного случая лечения в дневном стационаре ($CC_{дс}$) по КСГ определяется по следующей формуле:

$$CC_{дс} = BC_{дс} * KZ_{КСГ} * KU_{КСГдс} * KСЛП_{дс}, \text{ где}$$

BC_{dc} – базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара;

$KZ_{кcg}$ – коэффициент относительной затратоемкости КСГ, к которой отнесен данный случай оказания медицинской помощи;

$KU_{кcgdc}$ – управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара;

$KСЛП_{dc}$ – коэффициент сложности лечения пациента.

2.3.2. Законченные случаи оказания медицинской помощи терапевтического профиля (за исключением оказания онкологической помощи (КСГ 13-15, 50-54, 44-46), проведения экстракорпорального оплодотворения (КСГ 5), медикаментозный аборт (КСГ 7) и случаев применения специальных методов получения исследуемых образцов (коды услуг раздела А класса 11 и класса 06 Номенклатуры)) длительностью 5 дней и более подлежат оплате в размере 100,0 % стоимости по соответствующей КСГ, длительностью от 2 до 4 дней - в размере 30,0 % стоимости по соответствующей КСГ.

Законченные случаи оказания медицинской помощи терапевтического профиля с применением специальных методов получения исследуемых образцов (коды услуг раздела А класса 11 и класса 06 Номенклатуры) длительностью от 1 до 4 дней подлежат оплате в размере 30 % стоимости по соответствующей КСГ, длительность 5 дней и более – в размере 100 % по соответствующей КСГ.

Законченные случаи оказания медицинской помощи хирургического профиля, онкологической помощи (КСГ 13-15, 50-54, 44-46), проведения экстракорпорального оплодотворения (КСГ 5), медикаментозный аборт (КСГ 7) подлежат оплате в размере 100,0 % стоимости по соответствующей КСГ независимо от фактического срока лечения.

2.3.3. Оплата незаконченных (прерванных) случаев лечения (за исключением проведения экстракорпорального оплодотворения (КСГ 5) осуществляется в размере 30,0 % стоимости по соответствующей КСГ.

2.3.4. При переводе по медицинским показаниям из круглосуточного стационара в дневной стационар или из дневного стационара в круглосуточный, для определения фактического срока оказания медицинской помощи в каждом из подразделений день перевода учитывается в периоде оказания медицинской помощи на предыдущем этапе.

2.3.5. Медицинские услуги, связанные с проведением заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа в условиях дневного стационара, оплачиваются по тарифу 1 сеанса гемодиализа (перитонеального диализа) дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения с учетом фактического количества выполненных сеансов.

В период лечения в дневном стационаре пациент, получающий гемодиализ или перитонеальный диализ, обеспечивается всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнения.

2.4. При оказании скорой медицинской помощи, вне медицинской организации

2.4.1. Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации (за исключением санитарно-авиационной эвакуации) в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2017 году, устанавливается согласно приложению 7.

2.4.2. При оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) применяются следующие способы оплаты:

1. По подушевому нормативу финансирования на 1 застрахованного территории обслуживания станции (отделения) скорой медицинской помощи.

В расчеты по подушевому нормативу не включаются случаи оказания скорой медицинской помощи:

- с проведением системного тромболитизиса;

- с проведением токолитической терапии препаратами атосибана;
- специализированными (реанимационными) выездными бригадами, организованными на базе БУЗ ВО «ВГКБСМП № 1», БУЗ ВО «ВОДКБ № 1», ДАКЦ Перинатального центра БУЗ ВО «ВОКБ №1».

2. За вызов при оказании скорой медицинской помощи лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации.

3. По тарифу за законченный случай при:

- проведении системного тромболизиса;
- проведении токолитической терапии препаратами атосибана;
- оказании скорой медицинской помощи специализированными (реанимационными) выездными бригадами, организованными на базе БУЗ ВО «ВГКБСМП № 1», БУЗ ВО «ВОДКБ № 1», ДАКЦ Перинатального центра БУЗ ВО «ВОКБ №1».

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Тарифы на оплату медицинской помощи, действующие на территории Воронежской области, рассчитываются в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования.

3.1. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Воронежской области, в расчете на 1 застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных постановлением правительства Воронежской области от 28.12.2016 № 1004, на 2017 год составляет 3 208,4 руб.

3.1.1. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц ($Пн_{баз}$) на 2017 год в расчете на месяц устанавливается равным:

- с 1 января 2017 года – 128,60 руб.

Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, устанавливается в размере 2,0 % от суммы средств, рассчитанной по дифференцированным подушевым нормативам финансирования амбулаторной помощи.

Страховая медицинская организация ежемесячно рассчитывает предельный объем средств для финансирования по подушевому нормативу амбулаторной помощи, оказываемой j-ой медицинской организацией ($ПФ_{j,ин}$), по формуле:

$$ПФ_{j,АП} = ФДПн_{j,i} * Ч_j - ОС_{рo_j}, \text{ где}$$

$ФДПн_{j,i}$ - дифференцированный подушевой норматив для j-ой медицинской организации, включенную i-тую группу (подгруппу) медицинских организаций, на 1 застрахованное лицо в месяц, рублей;

$Ч_j$ - численность застрахованных лиц, прикрепленных к j-ой медицинской организации, человек;

$ОС_{рo_j}$ - размер средств, направляемый на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей.

$$ОС_{рo_j} = (ФДПн_{j,i} * Ч_j) * 2\%$$

Распределение застрахованных лиц по медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц на 1 января 2017 года, устанавливается согласно приложению 8.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для групп (подгрупп) медицинских организаций устанавливается согласно приложению 9.

Дифференцированный подушевой норматив для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций ($ДПН_i$) рассчитывается по следующей формуле:

$$ДПН_i = ПН_{баз} * СКД_{шт}^i, \text{ где}$$

$ПН_{баз}$ - базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рублей;

$СКД_{шт}^i$ - средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i -той группы (подгруппы) медицинских организаций.

Объединение медицинских организаций в однородные группы (подгруппы) осуществляется исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива. Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива определяется по каждой медицинской организации ($КД_{шт}^j$) по следующей формуле:

$$КД_{шт}^j = КД_{пов}^j * КД_{сн}^j * КД_{сн}^j * КД_{зн}^j, \text{ где}$$

$КД_{пов}^j$ - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

$КД_{сн}^j$ - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских кабинетов и здравпунктов в дошкольных и образовательных учреждениях);

$КД_{сн}^j$ - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций (расходов на содержание имущества, расходов на коммунальные услуги, расходов на уплату налога на имущество и земельного налога);

$КД_{зн}^j$ - коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения Воронежской области.

Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива амбулаторной помощи ($КД_{пов}^j$) рассчитывается для j -той медицинской организации.

$$КД_{пов}^j = \frac{\sum КД_i * Ч_i}{\sum Ч_i}$$

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи учитывают различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры населения.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи рассчитываются в целом по Воронежской области по следующим половозрастным группам:

- 0-1 года мужчины/женщины;
- 1-4 года мужчины/женщины;
- 5-17 лет мужчины/женщины;

- 18-59 лет мужчины;
- 18-54 года женщины;
- 60 лет и старше мужчины;
- 55 лет и старше женщины.

Относительные коэффициенты половозрастных затрат для *i*-той половозрастной группы рассчитываются по формуле:

$$КД_i = \frac{P_i}{P}, \text{ где}$$

$$P = \frac{З}{Ч_{общ} * M}, \text{ где}$$

З – затраты на оплату амбулаторной помощи по включенным в подушевой норматив объемам медицинской помощи всем застрахованным за расчетный период (квартал, год) на основании реестров счетов;

M – количество месяцев в расчетном периоде;

Ч_{общ} - общая численность прикрепившихся лиц ко всем медицинским организациям на первое число первого месяца расчетного периода.

$$P_i = \frac{З_i}{Ч_i * M}, \text{ где}$$

З_i - затраты на оплату амбулаторной помощи по включенным в подушевой норматив объемам медицинской помощи застрахованным, попавшим в *i*-тый половозрастной интервал за расчетный период (квартал, год) на основании реестров счетов;

Ч_i - численность застрахованных лиц, попадающих в *i*-тый половозрастной интервал, на первое число первого месяца расчетного периода.

На 2017 год устанавливаются следующие половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи:

Таблица 2.

Половозрастные группы	Женщины	Мужчины
от 0 до 1 года	1,287	1,341
от 1 года до 4 лет	1,761	1,756
от 5 до 17 лет	1,276	1,25
от 18 до 54 лет	0,902	X
от 18 до 59 лет	X	0,476
55 лет и старше	1,479	X
60 лет и старше	X	1,16

Значения коэффициентов дифференциации ($КД_{cn}^j, КД_{cu}^j, КД_{cu}^j$) определяются согласно алгоритму, изложенному в Инструкции по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования.

Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива ранжируются от максимального до минимального значения и объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы ($СКД'_{штм}$).

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{\sum_j (ДПН_{ji} * Ч_j)}{ПН_{баз} * Ч_j}$$

Фактический дифференцированный подушевой норматив для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций ($ФДПН_i$) рассчитывается по формуле:

$$ФДПН_i = ДПН_i * ПК$$

Страховые медицинские организации ежемесячно производят авансирование амбулаторной помощи, оплачиваемой по подушевому нормативу, в размере, установленном договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Медицинские организации, включенные в систему подушевого финансирования амбулаторной помощи, ежемесячно формируют и представляют в страховые медицинские организации счета и реестры счетов в порядке, установленном приложением 5.

Страховая медицинская организация рассчитывает объем средств, подлежащий перечислению в окончательный расчет за амбулаторную медицинскую помощь, оказанную j-ой медицинской организацией ($ПФ_{j_{итог\ AP}}$), по формуле:

$$ПФ_{j_{итог\ AP}} = ПФ_{j_{АП}} - АВ_{j_{АП}} - \sum сч1 + \sum сч2, где$$

$АВ_{j_{АП}}$ – аванс по амбулаторной помощи, включенной в подушевое финансирование, на финансируемый месяц для j-той медицинской организации;

$\sum сч1$ – сумма принятых к оплате счетов других медицинских организаций за оказанную медицинскую помощь застрахованным гражданам, прикрепленным к j-той медицинской организации;

$\sum сч2$ – сумма принятых к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь застрахованным гражданам j-той медицинской организации, прикрепленным к другим медицинским организациям;

В сумме принятых к оплате счетов ($\sum сч1, \sum сч2$) учитываются:

- посещения (кроме посещений в неотложной форме и консультативных посещений в медицинских организациях, поименованных в приложении 2) и обращения в связи с заболеваниями к врачам-гинекологам;

- обращения в связи с заболеваниями к врачу аллергологу-иммунологу городского аллергологического центра, созданного на базе БУЗ ВО «ВГП № 10», неприкрепленного к БУЗ ВО «ВГП № 10» детского населения;

- обращения в связи с заболеваниями к врачу травматологу-ортопеду или детскому хирургу травматологического пункта БУЗ ВО «ОДКБ № 2»;

- обращения в связи с заболеваниями к врачам БУЗ ВО «ВОКБ № 1».

Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций

Страховые медицинские организации ежемесячно резервируют 2,0 % от суммы средств по дифференцированным подушевым нормативам на осуществление выплат медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности медицинских организаций.

Страховые медицинские организации ежемесячно, в соответствии с пунктом 112.2 Правил обязательного медицинского страхования, возвращают в ТФОМС средства резерва для последующего направления на осуществление выплат стимулирующего характера медицинским организациям по итогам работы за 1 квартал, 2 квартал, 3 квартал, 11 месяцев,

год с учетом показателей результативности деятельности.

Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций и расчет суммы стимулирующих выплат осуществляется ТФОМС по итогам работы за 1 квартал, 2 квартал, 3 квартал, 11 месяцев, год.

Расчет суммы стимулирующих выплат вносится на рассмотрение комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования и утверждается тарифным соглашением.

Таблица 3.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, применяемых при осуществлении выплат медицинским организациям, имеющим прикрепленное население

Показатели	Единица измерения	Порядок расчета	Значение показателя
1. Профилактическая работа среди взрослого населения			
Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения из подлежащего диспансеризации в текущем году	80 % от подлежащих	Кол-во законченных случаев проведения 1 – го этапа диспансеризации опр. гр. взр. нас., принятых к оплате за отчетный период с начала года _____ x 100% Объем запланированных законченных случаев диспансеризации опр. гр. взр. нас. за отчетный период с начала года	-80% и более – 2 балла, -60- 79 % - 1 балл, - < 60 % - 0 баллов
2. Доступность медицинской помощи для прикрепленного взрослого населения			
Доля обоснованных жалоб пациентов на работу медицинской организации	Менее 5%	Кол-во обоснованных жалоб пациентов на работу медицинской организации за отчетный период с начала года (поступившие в ТФОМС, ДЗ ВО, СМО) _____ x100 % Общее количество жалоб за отчетный период с начала года (поступившие в ТФОМС, ДЗ ВО, СМО)	- < 5 % - 2 балла; - ≥5 % - 0 баллов
Доля посещений с профилактической целью от общего количества посещений	Не менее 50%	Кол-во посещений с профилактической целью за отчетный период с начала года (цели 7, 9, 13, 14, диспансеризация и мед. осмотры) _____ x100 % Общий объем посещений за отчетный период с начала года (цели 1, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 22, 36, 52, 30, 301, 305, диспансеризация и мед. осмотры)	- ≥50 % - 2 балла; - < 50 % - 0 баллов
Общее количество посещений к врачам в поликлинике	Количество посещений на 1000 прикрепленного населения	Кол-во посещений к врачам в поликлинике за отчетный период (цели 1, 7, 9, 10, 15, 22, 36, 52, 30, 301, 305, диспансеризация и мед. осмотры) _____ x1000 Количество прикрепленного населения	Соотношение показателя МО к среднеобластному значению. ≥ среднеобл. - 2 балла, < среднеобл. - 0 баллов.
Количество вызовов скорой медицинской помощи населением, прикрепленным к МО на 1 жителя	Число вызовов СМП прикрепленного населения	Кол-во вызовов скорой медицинской помощи прикрепленным населением за отчетный период с начала года _____ Количество прикрепленного населения	Оценивается соотношение показателя МО к утвержденному нормативу вызовов СМП на 1 застрахованного (постановление Правительства ВО № 1004 от 28.12.2016) 1 квартал - 0,075,

Показатели	Единица измерения	Порядок расчета	Значение показателя
			1 полугодие-0,15, 9 месяцев -0,225, 11 месяцев – 0,275 > установленного - 0 баллов, ≤ установленного - 1 балл.
Уровень госпитализации прикрепленного населения от общей численности прикрепленного населения	Число госпитализаций на 1000 прикрепленного населения	Кол-во госпитализаций прикрепленного населения за отчетный период с начала года $\frac{\text{Кол-во госпитализаций}}{\text{Число населения}} \times 1000$ Количество прикрепленного населения	Соотношение показателя МО к среднеобластному значению. ≥ среднеобл. - 0 баллов, < среднеобл. - 1 балл.
Доля экстренных госпитализаций в общем объеме госпитализаций прикрепленного населения	%	Кол-во экстренных госпитализаций прикрепленного населения за отчетный период с начала года $\frac{\text{Кол-во экстренных госпитализаций}}{\text{Общий объем госпитализаций}} \times 100 \%$ Общий объем госпитализаций прикрепленного населения за отчетный период с начала года	Соотношение показателя МО к среднеобластному значению. ≥ среднеобл. - 0 баллов, < среднеобл. - 1 балл.
3. Показатели здоровья прикрепленного взрослого населения			
Доля больных с впервые установленной III- IV стадией злокачественных новообразований всех локализаций в общем числе больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования	< 50 %	Кол-во больных с впервые установленной III- IV стадией злокачественных новообразований за отчетный период с начала года $\frac{\text{Кол-во больных}}{\text{Общее число больных}} \times 100 \%$ Общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования за отчетный период с начала года	- < 50 % - 2 балла; ≥ 50% - 0 баллов
Уровень заболевания инфарктом	Число случаев на 1 тыс. лиц трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет), среди прикрепленного населения	Кол-во госпитализаций прикрепленного населения трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет) с инфарктом за отчетный период с начала года $\frac{\text{Кол-во госпитализаций}}{\text{Число населения}} \times 1000$ Количество прикрепленного населения трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет)	Соотношение показателя МО к среднеобластному значению. ≥ среднеобл. - 0 баллов, < среднеобл. - 1 балл.
Уровень заболевания инсультом	Число случаев на 1 тыс. лиц трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет), среди прикрепленного населения	Кол-во госпитализаций прикрепленного населения трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет) с инсультом за отчетный период с начала года $\frac{\text{Кол-во госпитализаций}}{\text{Число населения}} \times 1000$ Количество прикрепленного населения трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет)	Соотношение показателя МО к среднеобластному значению. ≥ среднеобл. - 0 баллов, < среднеобл. - 1 балл.
Уровень госпитализаций по причине сахарный диабет	Число случаев на 1 тыс. лиц прикрепленного населения	Кол-во госпитализаций прикрепленного населения трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет) по причине сахарный диабет (коды МКБ-10 E10-E14, G59.0, G63.2) за отчетный период	Соотношение показателя МО к среднеобластному значению. ≥ среднеобл. - 0

Показатели	Единица измерения	Порядок расчета	Значение показателя
		с начала года $\frac{\text{Количество прикрепленного населения трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет)}}{\text{с начала года}} \times 1000$	баллов, < среднеобл. - 1 балл.
4. Результаты контроля, объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи прикрепленному населению			
Доля посещений по заболеваниям, осуществленным в неотложной форме, от общего числа посещений по заболеваниям	%	Кол-во посещений в неотложной форме за отчетный период с начала года $\frac{\text{Общий объем посещений по заболеваниям (цели 1, 9, 10, 15, 22, 36, 52, 30, 301, 305)}}{\text{с начала года}} \times 100 \%$	Соотношение показателя МО к среднеобластному значению. ≥ среднеобл. - 0 баллов, < среднеобл. - 1 балл.

Оценка результативности деятельности медицинских организаций осуществляется в следующем порядке:

1. Производится оценка каждого показателя результативности в разрезе медицинских организаций.

2. Рассчитывается итоговая оценка деятельности медицинской организации как среднее арифметическое показателей результативности.

3. Определяется итоговый среднеобластной показатель результативности деятельности медицинских организаций.

4. Средние итоговые показатели результативности по каждой медицинской организации сравниваются со среднеобластным показателем.

5. В случае, если итоговый показатель результативности медицинской организации равен или выше среднеобластного показателя медицинская организация получает 100 % от суммы средств, удержанной страховыми медицинскими организациями из подушевого финансирования данной медицинской организации за отчетный период.

6. В случае, если итоговый показатель результативности медицинской организации ниже среднеобластного показателя, медицинская организация получает 85 % от суммы средств, удержанной страховыми медицинскими организациями из подушевого финансирования данной медицинской организации.

Суммарный остаток средств направляется на дополнительное финансирование медицинских организаций, по которым итоговый показатель результативности равен или выше среднеобластного показателя. Дополнительные средства распределяются между медицинскими организациями пропорционально количеству набранных баллов.

7. Размер средств, получаемых каждой медицинской организацией за достижение показателей результативности деятельности, распределяется между страховыми медицинскими организациями пропорционально численности застрахованных лиц прикрепленных к медицинской организации.

3.1.2. Для медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения, оплата оказанной амбулаторной медицинской помощи осуществляется по тарифам за единицу объема медицинской помощи (посещение, обращение (законченный случай)) согласно приложениям 10-14.

3.1.3. Тарифы на проведение диспансеризации и медицинских осмотров устанавливаются согласно приложениям 15-21.

Тарифы на проведение второго этапа диспансеризации взрослого населения устанавливаются согласно приложению 10.

3.1.4. Тарифы на оказание медицинской помощи в центрах здоровья, в консультативно-диагностических центрах, а также тарифы на оплату диагностических исследований и лабораторных исследований, в том числе проводимых АУЗ ВО «ВОККДЦ», БУЗ ВО

«ВГКБСМП №10», при консультативном приеме, ООО «Межрегиональный медицинский центр ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний», устанавливаются согласно приложениям 22-26.

3.1.5. Тарифы на оказание стоматологической медицинской помощи устанавливаются согласно приложениям 27-28.

3.1.6. Тарифы на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме устанавливаются согласно приложениям 29-32.

3.1.7. Тарифы на проведение заместительной почечной терапии методом гемодиализа и перитонеального диализа в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара устанавливаются согласно приложению 33.

3.1.8. Тарифы на ультразвуковое исследование беременных женщин с целью пренатальной диагностики нарушений развития ребенка в первом и во втором триместрах беременности устанавливаются согласно приложению 34.

3.1.9. Тарифы на проведение услуг расшифровка, описание при дистанционном мониторинговании электрокардиограммы, рентгенограммы, маммографии, магнитно - резонансной томографии, компьютерной томографии, холтеровского мониторингования сердечного ритма, электроэнцефалографии, суточного мониторингования артериального давления, функции внешнего дыхания устанавливаются согласно приложению 44.

3.1.10. Тарифы на оплату телемедицинских консультаций устанавливаются согласно приложению 45.

3.2. При оказании медицинской помощи в условиях стационара

Согласно постановлению правительства Воронежской области от 28.12.2016 № 1004 средний размер финансового обеспечения стационарной помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на 1 застрахованное лицо на 2017 год составляет 4 041,4 руб.

3.2.1. Перечень КСГ, применяемых при оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ устанавливаются согласно приложению 35.

Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка) в стационарных условиях, включенного в КСГ, на 2017 год устанавливается в размере 18 180 руб.;

Коэффициенты уровней (подуровней) оказания медицинской помощи установлены в таблице 4.

Таблица 4.

Коэффициенты уровней (подуровней) оказания медицинской помощи

Уровни (подуровни)	Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи
1	0,95
2 (средний)	1,0
2А	0,85
2Б	0,9
2В	1,0
2Г	1,1
2Д	1,3
3 (средний)	1,1
3А	0,85
3Б	0,9

ЗВ	1,0
ЗГ	1,1
ЗД	1,39

Коэффициенты уровней (подуровней) оказания медицинской помощи не применяются к следующим КСГ:

Таблица 5.

№№ КСГ	Наименование КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ
17	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	0,89
29	Легкие дерматозы	0,36
84	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина	1,95
95	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии	0,68
159	Замена речевого процессора	25,00
195	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	0,74
197	Болезни желчного пузыря	0,72
199	Гипертоническая болезнь в стадии обострения	0,70
200	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца, (уровень 1)	0,78
204	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания	0,75
230	Болезни предстательной железы	0,73
243	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,55
253	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей	0,76
259	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы	0,37
271	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)	0,73
272	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)	0,91
273	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)	0,86
274	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)	1,24
275	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)	1,78
300	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина	4,32
302	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии	5,35
306	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов	2,32

Тарифы законченных случаев лечения в стационарных условиях, включенных в КСГ, на 2017 год по уровням оказания медицинской помощи устанавливаются согласно приложению 36.

Тарифы на сверхкороткие и незаконченные (прерванные) случаи лечения в стационарных условиях, включенные в КСГ, на 2017 год по уровням оказания медицинской помощи устанавливаются согласно приложению 37.

При оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, коэффициенты сложности лечения пациента применяются в следующих случаях:

Таблица 6.

№ п/п	Случаи, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента	Коэффициент сложности лечения пациента
1	Случаи оказания медицинской помощи детям с необходимостью предоставления спального места и питания одному из родителей (или иному члену семьи или законному представителю) имеющему право нахождения в медицинской организации в стационарных условиях	1,05
2	Случаи лечения, обусловленные патологией беременности с диагнозами, которые можно отнести к КСГ № 2, продолжительностью более 6 дней с последующим родоразрешением (КСГ № 4,5) в течение одной госпитализации	1,7
3	Случаи родоразрешения (КСГ №№ 4, 5) с оказанием медицинской помощи новорожденным детям в отделениях (палатах) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных в учреждениях родовспоможения с последующим переводом новорожденных в реанимационное отделение в БУЗ ВО «ВОДКБ № 1» или в случае смерти новорожденного	1,4
4	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет)	1,2

Расчеты суммарного значения коэффициента сложности лечения пациента ($КСЛП_{сумм}$) при наличии нескольких критериев выполняются по формуле:

$$КСЛП_{сумм} = КСЛП_1 + (КСЛП_2 - 1) + (КСЛП_h - 1)$$

При этом 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 сложности лечения, рассчитанное значение $КСЛП_{станд}$, исходя из длительности госпитализации, прибавляется по аналогичной формуле без ограничения итогового значения.

3.2.2. Тарифы на оплату проведения заместительной почечной терапии методами диализа в условиях стационара устанавливаются согласно приложению 49.

3.2.3. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), в том числе включающие оплату пребывания одного из родителей (иного члена семьи или законного представителя), имеющего право нахождения в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний, устанавливаются согласно приложению 38.

3.2.4. В случае проведения диагностических и лабораторных исследований в АУЗ ВО «ВОККДЦ» пациентов, находящихся на стационарном лечении в медицинских организациях

Воронежской области, стоимость оказания стационарной медицинской помощи уменьшается на стоимость проведенных диагностических (лабораторных) исследований.

3.3. При оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара

Согласно постановлению правительства Воронежской области от 28.12.2016 № 1004 средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в условиях дневного стационара, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на 1 застрахованное лицо на 2017 год составляет 699,3 руб.

Перечень КСГ, применяемых при оплате медицинской помощи оказываемой в условиях дневного стационара, и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ устанавливаются согласно приложению 39.

Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка) в условиях дневного стационара на 2017 год устанавливается в размере 9 800 руб.

Тарифы на оплату законченных и незаконченных (прерванных) случаев лечения в условиях дневного стационара, включенных в КСГ, на 2017 год устанавливаются согласно приложению 40.

При оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, управленческие коэффициенты применяются к следующим КСГ:

Таблица 7.

№ КСГ	Наименование КСГ	Управленческий коэффициент
5	Экстракорпоральное оплодотворение	1,26
7	Медикаментозный аборт	0,5

3.4. При оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Воронежской области, в расчете на 1 застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных постановлением правительства Воронежской области от 28.12.2016 № 1004, на 2017 год, составляет 538,0 руб.

3.4.1. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации ($ПН_{см\text{баз}}$) на 2017 год в расчете на месяц устанавливается равным 44,65 руб.

Объем средств для финансирования i -ой станции (подстанции) СМП или отделения СМП, входящего в состав медицинской организации, по подушевому финансированию на месяц ($ОФ_i$) рассчитывается по формуле:

$$ОФ_i = ФДПн_{см\text{баз}} * Ч_{i_{см}}, \text{ где}$$

$ФДПн_{см\text{баз}}$ – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i -той группы (подгруппы) медицинских организаций на 1 застрахованное лицо в месяц, рублей;

$Ч_{i_{см}}$ – численность застрахованных лиц, обслуживаемых i -ой станцией (подстанцией) СМП или отделением СМП, входящим в состав медицинской организации, человек.

Численность застрахованных лиц, обслуживаемых станцией (подстанцией) СМП или отделением СМП, входящим в состав медицинской организации, на 1 января 2017 года устанавливается согласно приложению 41 .

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для подгрупп медицинских организаций устанавливается согласно приложению 42.

С целью определения фактического дифференцированного подушевого норматива рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций ($ДПн_{сми}$) по следующей формуле:

$$ДПн_{сми} = ПН_{сми_{ба}} * СКД'_{сми}, \text{ где}$$

$ПН_{сми_{ба}}$ - базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;

$СКД'_{сми}$ - средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива скорой медицинской помощи, определенный для i -той группы (подгруппы) медицинских организаций.

Объединение медицинских организаций в однородные группы (подгруппы) осуществляется исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива. Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива определяется по каждой медицинской организации ($КД'_{сми}$) по следующей формуле:

$$КД'_{сми} = КД'_{пв_{сми}}, \text{ где}$$

$КД'_{пв_{сми}}$ - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива скорой медицинской помощи, рассчитанный для i -той медицинской организации.

$$КД'_{пв_{сми}} = \frac{\sum КД_{i_{сми}} * Ч_{i_{сми}}}{\sum Ч_{i_{сми}}}$$

Для определения половозрастного коэффициента дифференциации подушевого норматива скорой медицинской помощи рассчитываются относительные коэффициенты половозрастных затрат по следующим половозрастным группам:

- 0-1 года мужчины/женщины;
- 1-4 года мужчины/женщины;
- 5 - 17 лет мужчины/женщины;
- 18-59 лет мужчины;
- 18-54 года женщины;
- 60 лет и старше мужчины;
- 55 лет и старше женщины.

Относительные коэффициенты половозрастных затрат для i -той половозрастной группы рассчитываются по формуле:

$$КД_{i_{сми}} = \frac{P_{i_{сми}}}{P_{сми}}, \text{ где}$$

$$P_{сми} = \frac{З_{сми}}{Ч_{общ} * M}, \text{ где}$$

$З_{сми}$ – затраты на оплату скорой медицинской помощи за расчетный период (квартал, год) на основании реестров счетов в целом по Воронежской области;

M – количество месяцев в расчетном периоде;

$Ч_{общ}$ - общая численность прикрепившихся лиц ко всем медицинским организациям на первое число первого месяца расчетного периода.

$$P_{i_{см}} = \frac{З_{i_{см}}}{Ч_{i_{см}} * M}, \text{ где}$$

$З_{i_{см}}$ - затраты на оплату скорой медицинской помощи оказанной застрахованным, попавшим в i -тый половозрастной интервал за расчетный период (квартал, год) на основании реестров счетов;

$Ч_{i_{см}}$ - численность застрахованных лиц, попадающих в i -тый половозрастной интервал, на первое число первого месяца расчетного периода.

На 2017 год устанавливаются следующие половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи:

Таблица 8.

Половозрастные группы	Женщины	Мужчины
от 0 до 1 года	2,432	2,862
от 1 года до 4 лет	1,879	2,136
от 5 до 17 лет	0,492	0,524
от 18 до 54 лет	0,582	X
от 18 до 59 лет	X	0,562
55 лет и старше	1,92	X
60 лет и старше	X	1,663

Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива ранжируются от максимального до минимального значения и объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы ($СКД_{см}^i$).

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации для группы (подгруппы) медицинских организаций ($ФДПн_{см,i}$) рассчитывается по формуле:

$$ФДПн_{см,i} = ДПн_{см,i} * ПК, \text{ где:}$$

ПК - поправочный коэффициент приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций.

Страховая медицинская организация рассчитывает объем средств, подлежащий перечислению в окончательный расчет за медицинскую помощь, оказанную i -ой станцией (подстанцией) СМП или отделением СМП, входящим в состав медицинской организации (OP_i), по формуле:

$$OP_i = OФ_i - AB_{i_{см}} - \sum cч1 + \sum cч2 + \sum cч3, \text{ где}$$

$AB_{i_{см}}$ - аванс на финансируемый месяц для i -той станции (подстанции) СМП или отделения СМП, входящего в состав медицинской организации;

$\sum cч1$ - сумма принятых к оплате счетов других медицинских организаций за оказанную медицинскую помощь застрахованным гражданам, прикрепленным к i -той станции (подстанции) скорой медицинской помощи;

$\sum cч2$ - сумма принятых к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь застрахованным гражданам i -той станцией (подстанцией) скорой медицинской помощи, прикрепленным к другим станциям (подстанциям) скорой медицинской помощи.

$\Sigma_{сч3}$ – сумма принятых к оплате счетов за проведение системного тромболитического токолитического терапии препаратами атосибана, оказании скорой медицинской помощи специализированными (реанимационными) выездными бригадами.

Медицинские организации, включенные в систему подушевого финансирования скорой медицинской помощи, ежемесячно формируют и представляют в страховые медицинские организации счета и реестры счетов в порядке, установленном приложением 5.

3.4.2. Тарифы на оплату вызовов скорой помощи, не входящих в оплату по подушевому нормативу финансирования, а также тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, устанавливаются согласно приложению 43.

3.5. При оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, оплата оказанной амбулаторной медицинской помощи осуществляется по тарифам согласно приложениям 10-34, 36-38, 40,43-45.

3.6. Структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.6.1. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования включают экономически обоснованные и документально подтвержденные затраты медицинских организаций, связанные с оказанием медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования и обеспечением уставной деятельности медицинской организации (за исключением затрат, связанных с обеспечением функционирования служб, подразделений и специалистов медицинских организаций, деятельность которых не оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования (приложение 46) по следующим видам расходов <*>:

Таблица 9.

№	Расходы МО в соответствии с ТП ОМС	Статья	Подстатья	Вид расходов МО
1	2	3	4	5
1.	Расходы на заработную плату	210 «оплата труда и начисления на оплату труда»	211 «заработная плата»	Расходы на заработную плату, осуществляемые на основе договоров с работниками медицинской организации (оказывающих медицинскую помощь по территориальной программе обязательного медицинского страхования, административно-управленческий персонал и хозяйственно-обслуживающий персонал), а так же расходы медицинской организации, осуществляемые в рамках дополнительных соглашений к договорам на денежные выплаты врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей), медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам учреждений и подразделений скорой медицинской помощи в соответствии с коллективными договорами и иными локальными нормативными актами, регулирующими оплату труда работников учреждений здравоохранения Воронежской области, в пределах численности работников,

				<p>рассчитанной в соответствии с нормативными правовыми актами, действующими в сфере здравоохранения.</p> <p>Премирование работников медицинской организации из средств ОМС, полученных за оказанную медицинскую помощь, осуществляется в пределах утвержденного фонда оплаты труда.</p> <p>Для федеральных и ведомственных медицинских организаций, выполняющих Программу ОМС, расходы на оплату труда определяются с учетом особенностей, установленных нормативными правовыми актами Российской Федерации и нормативными правовыми актами соответствующих министерств и ведомств.</p>
2.	Расходы на начисления на оплату труда	210 «оплата труда и начисления на оплату труда»	213 «начисления на выплаты по оплате труда»	<p>Расходы медицинской организации, связанные с начислениями на выплаты по оплате труда в соответствии с главой 34 части второй Налогового кодекса РФ, а также страховые взносы на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»</p>
3.	Расходы на прочие выплаты	210 «оплата труда и начисления на оплату труда»	212 «прочие выплаты»	<p>Прочие выплаты, отнесенные к подстатье 212 КОСГУ «прочие выплаты», в том числе:</p> <p>компенсация стоимости проезда на все виды общественного транспорта, за исключением расходов на возмещение должностным лицам расходов на приобретение проездных документов в служебных целях на все виды общественного транспорта, отражаемых по подстатье КОСГУ 222;</p> <p>суточные при служебных командировках, компенсация за использование личного транспорта в служебных целях для оказания медицинской помощи;</p> <p>ежемесячные компенсационные выплаты сотрудникам (работникам), находящимся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет;</p> <p>осуществляемые в соответствии с законодательством Российской Федерации другие расходы по оплате работодателем в пользу работников дополнительных выплат и компенсаций, не относящихся к заработной плате, обусловленных условиями трудовых отношений.</p> <p>В указанные расходы не включают расходы заграничных командировок.</p> <p>Расходы из средств ОМС не производятся на компенсационные выплаты, которые в соответствии с законодательством должны</p>

				выплачиваться за счет, соответственно, бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ и местных бюджетов.
4.	Расходы на приобретение лекарственных средств, расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов	300 «поступление нефинансовых активов»	340 «увеличение стоимости материальных запасов»	<p>Расходы медицинской организации по оплате договоров (контрактов) на приобретение:</p> <ul style="list-style-type: none"> - лекарственных препаратов в соответствии с Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2017год (далее – Перечень), утвержденным нормативным актом Правительства Российской Федерации, в соответствии с формуляром лечения стационарного больного, согласованного и утвержденного в установленном порядке на основании стандартов медицинской помощи, а также лекарственных препаратов, не входящих в Перечень, в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям на основании решения врачебной комиссии, зафиксированного в медицинской документации; - перевязочных средств в пределах рекомендованных нормативов потребления, утвержденных в установленном порядке; - расходных материалов; - медицинского инструментария со сроком службы до 12 месяцев, независимо от его стоимости, а также медицинского инструментария, используемого в деятельности медицинской организации в течение периода, превышающего 12 месяцев, но не относящиеся к основным средствам в соответствии с Общероссийским классификатором основных фондов, зарегистрированного в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, уполномоченным им федеральным органом исполнительной власти (п.4 ст.38 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»); - реактивов и химикатов; - стекла и химпосуды; - средств для дезинфекции медицинского инструментария, оборудования, обработки кожных покровов; - приобретение изделий медицинского назначения разового использования (халаты, шапочки, бахилы, простыни, салфетки, перчатки, медицинские маски); - прочие материальные запасы. <p>Расходы на приобретение химреактивов, расходных материалов для лабораторий производятся пропорционально доле исследований, проводимых в объеме ТП ОМС.</p> <p>За счет средств ОМС не оплачиваются расходы на приобретение цельной донорской крови, компонентов донорской крови, иммунобиологических препаратов,</p>

				предназначенных для профилактики заболеваний (иммунобиологические препараты, применяемые для проведения профилактических прививок в соответствии с Федеральным законом от 17.09.1998 N157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»).
		300 «поступление нефинансовых активов»	310 «увеличение стоимости основных средств»	Расходы медицинской организации по оплате договоров (контрактов) на приобретение необходимого медицинского инструментария, относящегося к основным средствам в соответствии с Общероссийским классификатором основных фондов, зарегистрированного в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, уполномоченным им федеральным органом исполнительной власти (п.4 ст.38 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).
5.	Расходы на приобретение продуктов питания	300 «поступление нефинансовых активов»	340 «увеличение стоимости материальных запасов»	Расходы медицинской организации по оплате договоров на приобретение продуктов питания для обеспечения необходимым лечебным питанием застрахованных лиц при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, дневного стационара при стационаре и дневного стационара при поликлинике, в пределах норм, утвержденных в установленном порядке. Расходы на приобретение молока или других равноценных пищевых продуктов, которые могут выдаваться работникам вместо молока, для работников, занятых на работах с вредными условиями труда.
6.	Расходы на приобретение мягкого инвентаря	300 «поступление нефинансовых активов»	340 «увеличение стоимости материальных запасов»	Расходы медицинской организации по оплате договоров (контрактов) на приобретение и/или изготовление мягкого инвентаря и обмундирования в пределах норм, утвержденных в установленном порядке.
7.	Расходы по оплате стоимости лабораторных и инструментальных исследований, производимых в других организациях (при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования)	220 «оплата работ, услуг»	226 «прочие работы, услуги»	Расходы медицинской организации на оплату услуг при проведении лабораторных и инструментальных исследований, производимых другими организациями (индивидуальными предпринимателями), в случае отсутствия возможности проведения указанных исследований собственными силами медицинской организации.
8.	Расходы на оплату организации питания организациями общественного питания (при отсутствии организованного питания в медицинской	220 «оплата работ, услуг»	226 «прочие работы, услуги»	Расходы на оплату медицинской организации услуг по обеспечению застрахованных лиц лечебным питанием при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, дневного стационара при стационаре и дневного стационара при поликлинике, предприятиями общественного

	организации)			питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации).
9.	Расходы на оплату услуг связи	220 «оплата работ, услуг»	221 «услуги связи»	Расходы медицинской организации на оплату услуг связи: - по договорам на оказание услуг связи в целях обеспечения собственных нужд медицинской организации; - по договорам на оказание услуг сотовой связи на основании утвержденного руководителем медицинской организации перечня должностей работников, которым в силу исполняемых ими обязанностей необходимо для выполнения ТП ОМС использование сотовой связи в пределах лимита, утвержденного руководителем медицинской организации.
10.	Расходы на оплату транспортных услуг	220 «оплата работ, услуг»	222 «транспортные услуги»	Расходы медицинской организации на приобретение транспортных услуг, необходимых медицинской организации, по договорам на оказание транспортных услуг (за исключением расходов, произведенных с целью обеспечения оказания медицинской помощи, не включенной в ТПОМС).
11.	Расходы на оплату коммунальных услуг	220 «оплата работ, услуг»	223 «коммунальные услуги»	Расходы медицинской организации по оплате договоров на оказание коммунальных услуг, необходимых медицинской организации. Из средств ОМС не оплачиваются коммунальные услуги за помещения, переданные в безвозмездное пользование и аренду сторонним организациям.
12.	Расходы на арендную плату за пользование имуществом	220 «оплата работ, услуг»	224 «арендная плата за пользование имуществом»	Расходы медицинской организации по оплате аренды имущества в целях непосредственного обеспечения деятельности учреждения, в том числе по оплате арендной платы автомобилей, в соответствии с договорами аренды (субаренды, имущественного найма, проката), за исключением расходов, произведенных с целью обеспечения оказания медицинской помощи, не включенной в ТПОМС.
13.	Расходы на оплату работ и услуг по содержанию имущества	220 «оплата работ, услуг»	225 «услуги по содержанию имущества»	Расходы медицинской организации по оплате договоров на выполнение работ, оказание услуг, связанных с содержанием (обслуживанием), ремонтom нефинансовых активов, в том числе ремонтom и техническим обслуживанием транспортных средств, находящихся в собственности, оперативном управлении или аренде медицинской организации, в целях обеспечения собственных нужд медицинской организации. Расходы на капитальный ремонт, строительство и проектно-сметную документацию для его проведения не включаются в тариф на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.
14.	Расходы на оплату программного обеспечения и прочих	220 «оплата работ, услуг»	226 «прочие услуги»	Расходы медицинской организации на выполнение работ, оказание услуг, не отнесенных на подстатьи 221-225, включая

	услуг			<p>расходы по оплате услуг врачей-консультантов, привлекаемых согласно договорам на оказание медицинской помощи в рамках Программы, на оплату услуг по обучению на курсах повышения квалификации, подготовки и переподготовки работников медицинской организации, страхованию транспортных средств и расходы на оплату программного обеспечения, по установке, наладке, эксплуатации охранной, пожарной сигнализации, локально-вычислительной сети, системы видеонаблюдения, контроля доступа и иных аналогичных систем, в том числе обустройство «тревожной кнопки»; медицинский осмотр и освидетельствование работников, состоящих в штате медицинской организации, в случаях исполнения действующего законодательства, оплата за проживание в жилых помещениях (найм жилого помещения) при служебных командировках (кроме заграничных командировок) и др. расходы медицинской организации в соответствии с действующей классификацией операций сектора государственного управления, за исключением расходов, произведенных с целью обеспечения оказания медицинской помощи, не включенной в ТПОМС.</p> <p>Указанные выше договоры (контракты) для признания расходов по ним экономически обоснованными должны содержать конкретный перечень услуг.</p>
15.	Расходы на социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации	260 «социальное обеспечение»	262 «пособия по социально й помощи населению »	<p>Расходы медицинской организации на выплаты в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, выходных пособий работникам, участвующим в выполнении ТП ОМС, при их увольнении, не связанным с реорганизацией, изменением структуры медицинской организации и иными организационно-штатными мероприятиями, приводящими к сокращению численности или штата медицинской организации.</p>
16.	Прочие расходы	290 «прочие расходы»		<p>Прочие расходы, отнесенные к статье 290 «прочие расходы», в том числе расходы медицинской организации на уплату налогов и сборов в бюджеты всех уровней Российской Федерации.</p> <p>Расходы медицинской организации на уплату государственных пошлин и сборов в случаях, установленных законодательством Российской Федерации (в том числе расходы медицинской организации, связанные с получением медицинской организацией лицензий для выполнения ТП ОМС).</p> <p>Расходы медицинской организации на возмещение вреда, причиненного незаконными действиями (бездействием) самой медицинской организации (его работниками), застрахованным лицам. Возмещение морального вреда застрахованным лицам по решению судебных</p>

			<p>органов.</p> <p>Расходы медицинской организации на уплату штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, установленных Приложением 47 к настоящему Тарифному соглашению.</p> <p>Расходы медицинской организации на уплату административных штрафов, за исключением административных штрафов, связанных с оказанием медицинской помощи, не входящей в ТПОМС, и платных медицинских услуг.</p> <p>За счет средств ОМС не возмещаются расходы медицинской организации:</p> <ul style="list-style-type: none"> - на уплату налогов на средства, полученные от платных услуг, налога при упрощенном налогообложении; - на уплату государственных пошлин и судебных издержек, возмещением морального и материального вреда, исполнением обязательств по судебным делам, которые связаны с деятельностью медицинской организации по оказанию медицинской помощи, не включенной в ТПОМС; - на уплату штрафов, пени за несвоевременную уплату налогов на средства, полученные от платных услуг, налога при упрощенном налогообложении; - на уплату неустойки за нарушение договорных обязательств и других экономических санкций, связанных с оказанием платных услуг; - на оплату «иных расходов», отнесенных к статье 290 «прочие расходы» в соответствии с действующей классификацией операций сектора государственного управления^{<***>}, кроме возмещения истцам судебных издержек на основании вступивших в законную силу судебных актов.
	300 «поступление нефинансовых активов»	340 «увеличение стоимости материальных запасов»	<p>Расходы медицинской организации по оплате договоров на приобретение:</p> <ul style="list-style-type: none"> - горюче-смазочных материалов, включая специальное топливо (использование горюче-смазочных материалов осуществляется в пределах рекомендованных норм расхода, утвержденных в установленном порядке); - всех видов котельно-печного топлива; - строительных материалов, используемых для текущего ремонта; - кухонного инвентаря; - хозяйственных материалов; - канцелярских принадлежностей; - запасных частей и (или) составных частей для машин и оборудования без ограничения их стоимости; - прочих материальных запасов за исключением поименованных в п.4-6 настоящей таблицы.

17.	Расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу	300 «поступление нефинансовых активов»	310 «увеличение стоимости основных средств»	Расходы по оплате контрактов, договоров на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу в соответствии с Классификацией основных средств, включаемых в амортизационные группы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 01 января 2002 г. №1, и Общероссийским классификатором основных фондов ОК 013-94, утвержденным постановлением Госстандарта Российской Федерации от 26 декабря 1994 г. № 359, с учетом требований ч.4 ст.38 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
-----	---	---	--	---

<*> МО используют полученные средства ОМС в соответствии с ТП ОМС, договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и осуществляют расходы на содержание МО из общего объема средств, поступивших по тарифам.

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

Распределение затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, по различным источникам финансирования (ОМС, бюджет, др.) производится в соответствии с пунктом 158.16 раздела XI. «Методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н.

Порядок распределения затрат по источникам их финансового обеспечения устанавливается локальным нормативным актом (учетной политикой) медицинской организации.

Расходы, не включенные во все вышеуказанные статьи затрат, в соответствии с требованиями Указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденных приказом Минфина от 01.07.2013 № 65н «Об утверждении Указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации» из средств ОМС не финансируются.

3.6.2. Тарифы на оплату медицинской помощи, применяемые при оплате амбулаторной помощи (оплата врачебных посещений, в том числе при консультативном приеме) предусматривают компенсацию затрат на посещение специалиста определенного профиля, а также включают распределенные по профильным посещениям расходы на проведение диагностических и лабораторных исследований, лечебных манипуляций, медицинских услуг параклинических подразделений.

Тарифы на проведение заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа предусматривают компенсацию затрат на проведение процедуры гемодиализа (перитонеального диализа) и, в том числе, включают расходы на приобретение расходных материалов, диагностические и лабораторные исследования, лечебные манипуляции, медицинские услуги параклинических подразделений. При этом проезд пациентов до места оказания медицинских услуг не включен в тариф на оплату медицинской помощи.

3.6.3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях стационаров, предусматривают компенсацию затрат по профилю оказания медицинской помощи, в том числе, включают в себя расходы на реанимационные услуги, анестезиологические пособия,

лечебные манипуляции, диагностические и лабораторные исследования, консультации специалистов, другие медицинские услуги параклинических подразделений.

3.6.4. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, центрах амбулаторно-поликлинической хирургии (ЦАПХ) и центрах амбулаторно-поликлинической урологии (ЦАПУ), предусматривают компенсацию затрат по профилю оказания медицинской помощи и, в том числе, включают в себя расходы на анестезиологические пособия, лечебные манипуляции, диагностические и лабораторные исследования, другие медицинские услуги параклинических подразделений, предоставленные пациентам.

3.6.5. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой службой СМП, предусматривают компенсацию затрат по профилю вызова и, в том числе, включают в себя расходы на проведение интенсивной терапии, противошоковых, реанимационных мероприятий, инвазивных вмешательств; использование расходных материалов и медикаментов.

3.6.6. За счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется, в том числе оплата труда работников медицинской организации, не имеющих медицинского образования, которые участвуют в оказании медицинской помощи, в том числе медицинской реабилитации, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.6.7. Финансовое обеспечение проведения патологоанатомическими отделениями медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования, гистологических и цитологических исследований пациентов (прижизненное патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пациента в рамках порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи) осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования. Распределение расходов на содержание патологоанатомических отделений медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования, по источникам финансирования (бюджет, ОМС, платные услуги и др.) осуществляется пропорционально количеству проведенных гистологических исследований и вскрытий, цитологических исследований.

3.6.8. Эффективным использованием средств ОМС является такое их использование медицинскими организациями, которое обеспечивает достижение заданных результатов с использованием наименьшего объема средств (экономности) и (или) достижение наилучшего результата с использованием определенного объема средств ОМС (результативности).

Использование средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями на финансирование мероприятий, видов медицинской помощи, не включенных в территориальную программу обязательного медицинского страхования, на оплату видов расходов, не включенных в состав тарифов на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, является нецелевым, влечет за собой уплату медицинской организацией штрафа и возврат средств, использованных не по целевому назначению, в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области в соответствии со статьей 39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Расходы медицинских организаций, связанные с возмещением (восстановлением) средств, использованных не по целевому назначению, за счет средств ОМС не осуществляется.

IV. Размеры неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и размеры штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

Размеры неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и размеры штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, рассчитанные в соответствии с главой 8 Правил

обязательного медицинского страхования, устанавливаются в приложении 47 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень оснований для неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества соответствует перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющемуся приложением № 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (приказ ФФОМС № 230 от 01.12.2010).

V. Заключительные положения

5.1. При внесении изменений в Закон Воронежской области от 23.12.2016 № 183-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» Комиссией производится индексация тарифов путем установления коэффициента индексации.

5.2. При возможности увеличения тарифов на оплату медицинской помощи или необходимости уменьшения тарифов, при отсутствии финансовой возможности для оплаты счетов медицинских организаций за оказанную медицинскую помощь, ТФОМС вносит предложение об установлении коэффициента индексации тарифов на оплату медицинской помощи ($K_{ин}$) на рассмотрение Комиссии.

5.3. Индексация тарифов на оплату медицинской помощи производится Комиссией путем установления коэффициента индексации ($K_{ин}$). Коэффициент индексации рассчитывается по формуле:

$$K_{ин} = R_{тп} / R_{тф \text{ факт}}, \text{ где}$$

$R_{тп}$ – планируемые среднемесячные расходы на финансирование территориальной программы ОМС, за исключением расходов на содержание АУП системы ОМС, формирование НСЗ Территориального фонда, определяемые за период (год, квартал, месяц и т.д.);

$R_{тф \text{ факт}}$ – фактические среднемесячные расходы на оплату медицинской помощи, определяемые по предыдущему периоду (год, квартал, месяц и т.д.).

5.4. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению всех сторон.

5.5. Стороны принимают на себя обязательства выполнять настоящее Тарифное соглашение.

5.6. Данное Тарифное соглашение распространяется на отношения, возникшие с 01 января 2017 года.

5.7. В случае возникновения споров по настоящему Тарифному соглашению стороны принимают меры для их разрешения путем переговоров между собой.

5.8. Данное соглашение может быть пересмотрено досрочно по предложению одной из сторон.

5.9. За невыполнение данного соглашения стороны несут ответственность в порядке, установленном действующим законодательством.

Приложения: 1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях на 4 л. в 1 экз.

2. Перечень медицинских организаций Воронежской области и видов амбулаторной помощи не входящих в систему подушевого финансирования на прикрепившихся лиц в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2017 год на 2 л. в 1 экз.

3. Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих медицинскую помощь в консультативно-диагностических

центрах в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2017 году на 2 л. в 1 экз.

4. Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих стационарную медицинскую помощь, в разрезе уровней оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2017 году на 3 л. в 1 экз.

5. Порядок взаимодействия при выставлении счетов за оказанную медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования Воронежской области.

6. Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2017 году на 3 л. в 1 экз.

7. Перечень медицинских организаций Воронежской области, оказывающих скорую медицинскую помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации) в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2017 году на 2 л. в 1 экз.

8. Распределение застрахованных лиц по медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, применяемое при расчете финансирования амбулаторной помощи по подушевому нормативу на 2017 год на 2 л. в 1 экз.

9. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи на 1 застрахованное лицо в месяц на 2017 год на 1 л. в 1 экз.

10. Прейскурант тарифов на оплату первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, при разовых посещениях медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения, а также при проведении второго этапа диспансеризации и оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, (взрослое и детское население) на 2017 год на 1 л. в 1 экз.

11. Прейскурант тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказываемой при консультативном приеме в учреждениях 3 уровня, участвующих в реализации ТПОМС Воронежской области, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, (взрослое и детское население) на 2017 год на 1 л. в 1 экз.

12. Прейскурант тарифов на оплату прививочной работы в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2017 год на 1 л. в 1 экз.

13. Прейскурант тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказываемой средним медицинским персоналом в фельдшерско-акушерских пунктах, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2017 год на 1 л. в 1 экз.

14. Прейскурант тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказываемой в амбулаторных условиях при обращении по поводу заболевания (взрослое и детское население), в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2017 год на 1 л. в 1 экз.

15. Прейскурант тарифов на оплату законченного случая проведения первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого

населения, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2017 год на 1 л. в 1 экз.

16. Прейскурант тарифов на оплату законченного случая проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2017 год на 1 л. в 1 экз.

17. Прейскурант тарифов на оплату законченного случая проведения профилактического медицинского осмотра взрослого населения, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2017 год на 1 л. в 1 экз.

18. Прейскурант тарифов на оплату законченного случая проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2017 год на 1 л. в 1 экз.

19. Прейскурант тарифов на оплату законченного случая проведения предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2017 год на 1 л. в 1 экз.

20. Прейскурант тарифов на оплату проведения периодических медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2017 год на 1 л. в 1 экз.

21. Прейскурант тарифов на оплату проведения первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения по стоимости услуг, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2017 год на 1 л. в 1 экз.

22. Прейскурант тарифов на оплату лабораторных исследований, проводимых АУЗ ВО «ВОККДЦ» и БУЗ ВО «ВГКБСМП № 10», в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2017 год на 1 л. в 1 экз.

23. Прейскурант тарифов на оплату диагностических исследований, проводимых в межрайонных консультативно-диагностических центрах, организованных на базе БУЗ ВО «Бобровская РБ», БУЗ ВО «Борисоглебская РБ», БУЗ ВО «Калачеевская РБ», БУЗ ВО «Лискинская РБ», БУЗ ВО «Павловская РБ», БУЗ ВО «Россошанская РБ», БУЗ ВО «Семилукская РБ», АУЗ ВО «ВОККДЦ», при консультативном приеме, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2017 год.

24. Прейскурант тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказываемой в центрах здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, (взрослое и детское население) на 2017 год на 1 л. в 1 экз.

25. Прейскурант тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказываемой в амбулаторных условиях неприкрепленным застрахованным лицам при разовых

посещениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в консультативно-диагностических центрах и при выездах мобильных медицинских комплексов, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, (взрослое и детское население) на 2017 год на 1 л. в 1 экз.

26. Прейскурант тарифов на оплату позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, проводимой ООО «Межрегиональный медицинский центр ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний», в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2017 год на 1 л. в 1 экз.

27. Прейскурант тарифов на оплату стоматологической медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказываемой АУЗ ВО «ВОКСП», ГБОУ ВПО «ВГМУ им. Бурденко» Минздравсоцразвия России, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2017 год на 1 л. в 1 экз.

28. Прейскурант тарифов на оплату стоматологической медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказываемой медицинскими организациями за исключением АУЗ ВО «ВОКСП», ГБОУ ВПО «ВГМУ им. Бурденко» Минздравсоцразвия России, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2017 год на 1 л. в 1 экз.

29. Прейскурант тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказываемой кабинетами неотложной помощи, организованными на базе БУЗ ВО «ВКСП № 4» и БУЗ ВО «ВДКСП № 2», в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2017 год на 1 л. в 1 экз.

30. Прейскурант тарифов на оплату посещений по неотложной медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (детское и взрослое население), в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2017 год на 1 л. в 1 экз.

31. Прейскурант тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказываемой в приемных отделениях стационаров без последующей госпитализации, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2017 год на 1 л. в 1 экз.

32. Прейскурант тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказываемой в травматологических пунктах, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2017 год на 1 л. в 1 экз.

33. Прейскурант тарифов на оплату проведения заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2017 год на 1 л. в 1 экз.

34. Прейскурант тарифов на ультразвуковое исследование беременных женщин с целью проведения пренатальной диагностики нарушений развития ребенка в первом и втором триместрах беременности, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2017 год на 1 л. в 1 экз.

35. Перечень КСГ, применяемых при оплате медицинской помощи оказываемой в стационарных условиях (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ на 2017 год на 7 л. в 1 экз.
36. Прейскурант тарифов на оплату законченных случаев лечения в стационарных условиях, включенных в КСГ, по уровням оказания медицинской помощи, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2017 год на 16 л. в 1 экз.
37. Прейскурант тарифов на оплату сверхкоротких и незаконченных (прерванных) случаев лечения в стационарных условиях, включенных в КСГ, по уровням оказания медицинской помощи, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2017 год на 10 л. в 1 экз.
38. Прейскурант тарифов на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи на 2017 год, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 34 л. в 1 экз.
39. Перечень КСГ, применяемых при оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ на 2017 год на 3 л. в 1 экз.
40. Прейскурант тарифов на оплату законченных и незаконченных (прерванных) случаев лечения в условиях дневного стационара, включенных в КСГ, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2017 год на 3 л. в 1 экз.
41. Распределение застрахованных лиц по медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, применяемое при расчете финансирования скорой медицинской помощи по подушевому нормативу на 2017 год на 2 л. в 1 экз.
42. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, на 1 застрахованное лицо в месяц на 2017 год на 1 л. в 1 экз.
43. Прейскурант тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в том числе лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ на 2017 год на 1 л. в 1 экз.
44. Прейскурант тарифов на проведение услуг расшифровка, описание при дистанционном мониторинговании электрокардиограммы, рентгенограммы, маммографии, магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии, холтеровского мониторингования сердечного ритма, суточного мониторингования артериального давления, функции внешнего дыхания, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2017 год на 1 л. в 1 экз.
45. Прейскурант тарифов на оплату телемедицинских консультаций, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2017 год на 1 л. в 1 экз.
46. Перечень должностей медицинских и фармацевтических работников, деятельность которых не оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования на 2017 год на 2 л. в 1 экз.
47. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также оснований уплаты медицинской

организацией штрафа и размеры штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества на 12 л. в 1 экз.

48. Классификатор медицинских услуг, оказываемых по стоматологии в медицинских организациях Воронежской области в объеме территориальной программы ОМС, на 2017 год на 6 л. в 1 экз.

49. Прейскурант тарифов на оплату проведения заместительной почечной терапии методами диализа в условиях стационара, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, на 2017 год на 1 л. в 1 экз.

От департамента
здравоохранения
Воронежской области



О.Е. Минаев

От
профессиональных
медицинских
Ассоциаций



М.В. Иванов

От
профессиональных
союзов
медицинских
организаций



В.А. Максимов

От страховых
медицинских
организаций



Ю.В. Бессарабова

От Территориального
фонда обязательного
медицинского
страхования



А.В. Данилов