

**Изменения
в Тарифное соглашение по оплате медицинской помощи в системе
обязательного медицинского страхования Вологодской области
на 2018 год**

г. Вологда

23 мая 2018 г.

1. В разделе II.1 «Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях», пункт 5) изложить в новой редакции:

«5) При отсутствии в медицинской организации возможности проведения лабораторных исследований, УЗИ исследований экспертного класса и эндоскопических исследований, между медицинскими организациями осуществляются расчеты через страховые медицинские организации по единым установленным тарифам.

Медицинской организацией, которая выполнила исследования, составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждое выполненное исследование с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. Страховые медицинские организации осуществляют оплату услуг, оказанных медицинскими организациями, на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи при наличии согласования суммы реестров между медицинской организацией, оказавшей услуги, и медицинской организацией, выдавшей направление, подтвержденное подписями руководителей (уполномоченных лиц) медицинских организаций на документе согласования. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, уменьшается на объем средств, перечисленный медицинской организации за выполнение исследований по направлениям, выданным данной медицинской организацией, согласованный между медицинскими организациями и подтвержденный подписями руководителей на документе согласования.».

2. В разделе II.5 «Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара», пункт 3) изложить в новой редакции:

«3) Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих в составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования.

3.1 Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за достижение соответствующих показателей.

Выплаты производятся по итогам работы за год при наличии экономии средств в целом по всем видам медицинской помощи по всем медицинским организациям.

Объем средств, направляемый на стимулирующие выплаты медицинским организациям, не может превышать 1% от годового финансового обеспечения в части подушевого норматива финансирования в целом по всем центральным районным больницам.

Расчет размера стимулирующих выплат в разрезе медицинских организаций осуществляется территориальным фондом и утверждается решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС до 15 числа второго месяца, следующего за отчетным периодом.

Страховая медицинская организация производит стимулирующие выплаты медицинским организациям до конца второго месяца, следующего за отчетным периодом.

Баллы, «заработанные» медицинской организацией за исполнение показателей результативности в течение года, суммируются, и определяется итоговое количество баллов по каждой медицинской организации по формуле:

$$БМО_i = \sum B_i, \text{ где}$$

БМО_i – итоговое количество баллов по каждой медицинской организации;
B_i – баллы, «заработанные» медицинской организацией по каждому показателю результативности в течение года.

Определяется среднеарифметическое количество баллов исходя из общего количества баллов в целом по всем медицинским организациям и количества медицинских организаций по формуле:

$$СОБ = \frac{\sum БМО_i}{КМО}, \text{ где}$$

СОБ – среднеарифметическое количество баллов;
КМО – количество медицинских организаций.

При условии превышения количества баллов по каждой медицинской организации среднеарифметического количества баллов, данная медицинская организация участвует в распределении объема средств, направляемого на стимулирующие выплаты.

Исходя из объема средств, предназначенного на стимулирующие выплаты, и итогового количества баллов по медицинским организациям, участвующим в распределении данного объема средств, определяется стоимость 1 балла по формуле:

$$СБ = \frac{ОС}{\sum БМОУ_i}, \text{ где}$$

СБ – стоимость 1 балла;

ОС – объем средств, предназначенный на стимулирующие выплаты;

БМОУ_i – итоговое количество баллов по каждой медицинской организации, участвующей в распределении объема средств, направляемого на стимулирующие выплаты.

Исходя из стоимости 1 балла, определяются суммы стимулирующих выплат по каждой медицинской организации, участвующей в распределении объема средств, направляемого на стимулирующие выплаты по формуле:

$$СВ_i = СБ \times БМОУ_i, \text{ где}$$

СВ_i – сумма стимулирующих выплат по каждой медицинской организации.

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

Показатели	Единица измерения	Порядок расчета	Источник информации
1. Показатели результативности			
Доля экстренных госпитализаций в общем объеме госпитализаций прикрепленного населения	Менее 40% - 2 балла 40-50% - 1 балл Более 50% - 0 баллов	(Кол-во экстренных госпитализаций прикрепленного населения за отчетный период с начала года / количество госпитализаций прикрепленного населения за отчетный период с начала года)*100	Централизованная обработка реестров ТФОМС
Частота вызовов скорой медицинской помощи прикрепленному населению	Менее 300 на 10 тыс. прикрепленного населения – 2 балла 300 – 350 на 10 тыс. прикрепленного населения – 1 балл Более 350 на 10 тыс. прикрепленного населения – 0 баллов	(Кол-во вызовов скорой медицинской помощи прикрепленным населением за отчетный месяц/ количество прикрепленного населения на 1 число отчетного месяца)*10 000	Централизованная обработка реестров ТФОМС
Доля лиц на одном терапевтическом участке, находящихся под диспансерным наблюдением	Менее 20% - 0 баллов, 20-25% - 1 балл, Более 25%-2 балла	(Число пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением, на терапевтическом участке на отчетный период / численность взрослого населения на терапевтическом участке на начало отчетного месяца)*100	Ведомственный отчет и мониторинг ДЗО
Доля обоснованных жалоб пациентов на работу медицинской организации	Менее 1 % - 1 балл 1% и более – 0 баллов	(Кол-во обоснованных жалоб пациентов на работу медицинской организации за отчетный месяц / Общее количество жалоб за отчетный месяц) *100	Данные СМО, ТФОМС, ДЗО
Выполнение объемных показателей амбулаторно-	Менее 100 % - 0 баллов 100 % и более - 1 балл	(Фактическое количество посещений за отчетный период с начала года / плановое количество посещений на отчетный период с	Централизованная обработка реестров

поликлинической помощи в части посещений		начала года)*100%	ТФОМС
Выполнение объемных показателей амбулаторно-поликлинической помощи в части обращений	Менее 90 % - 0 баллов 90% и более - 1 балл	(Фактическое количество обращений за отчетный период с начала года/плановое количество обращений на отчетный период с начала года)*100%	Централизованная обработка реестров ТФОМС
Выполнение объемных показателей медицинской помощи в условиях дневного стационара	Менее 95% - 0 баллов 95% и более - 1 балл	(Фактическое количество случаев лечения за отчетный период с начала года /плановое количество случаев лечения на отчетный период с начала года)*100%	Централизованная обработка реестров ТФОМС
Выполнение объемных показателей медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара	Менее 97 % - 0 баллов 97% и более - 1 балл	(Фактическое количество случаев госпитализации за отчетный период с начала года /плановое количество случаев госпитализации на отчетный период с начала года)*100%	Централизованная обработка реестров ТФОМС
2. Показатели здоровья прикрепленного взрослого населения			
Доля злокачественных новообразований, выявленных впервые на ранних стадиях (I-II стадии)	Менее 53%-0 баллов. 53%-55% – 1балл Более 55% – 2 балла	(Число злокачественных новообразований, выявленных впервые на ранних стадиях (I-II стадии) за отчетный период с начала года/ Число выявленных случаев злокачественных новообразований (без выявления посмертно) за отчетный период с начала года)*100%	Ведомственный отчет и мониторинг ДЗО
Доля больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, которым выполнен тромболитический (на догоспитальном и госпитальном этапах)	Менее 18% - 0 баллов 18-20% -1 балл, Более 20%-2 балла	(Число больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, которым выполнен тромболитический, за отчетный период с начала года / Число больных с острым коронарным синдромом, поступивших в стационар, за отчетный период с начала года) *100%	Ведомственный отчет, мониторинг реализации мероприятий по снижению смертности от ишемической болезни сердца ДЗО
Доля лиц, взятых на диспансерное наблюдение из числа с впервые в жизни установленным диагнозом болезней печени и поджелудочной железы	Менее 30% - 0 баллов, 30-35%-1 балл, Более 35% - 2 балла	(Число взятых на диспансерное наблюдение с впервые установленными диагнозами: болезни печени (коды МКБ- 10 K70-K76) и болезни поджелудочной железы (коды МКБ- 10 K85-K86)) за отчетный период с начала года/ Зарегистрировано установленных впервые болезней печени (коды МКБ- 10 K70- K76) и болезней	Ведомственный отчет и мониторинг ДЗО

		поджелудочной железы (коды МКБ-10 К 85-К 86) за отчетный период с начала года)*100%	
Уровень госпитализаций по причине сахарный диабет	Меньше или равно среднеобл.показателя, на 1 тыс.прикрепленного населения - 0 баллов Больше среднеобл.показателя, на 1 тыс.прикрепленного населения – 1 балл	(Кол-во госпитализаций прикрепленного населения трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет) по причине сахарный диабет (коды МКБ- 10 E10-E14, N36.0, G59.0 , G63.2, R 73) за отчетный период с начала года / Количество прикрепленного населения трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет) на 1 число отчетного месяца)*1 000	Централизованная обработка реестров ТФОМС
3. Профилактическая работа среди взрослого населения			
Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения из подлежащего диспансеризации в текущем году	Менее 80 % - 0 баллов 80-90% - 1 балл Более 90% - 2 балла	(Кол-во законченных случаев проведения I-го этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, принятых к оплате за отчетный период с начала года/ Объем запланированных случаев I-го этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения на отчетный период с начала года) * 100	Централизованная обработка реестров ТФОМС

».

3. В раздел III «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» внести следующие изменения:

3.1 в пункте 3.4) после слов «лабораторные исследования» дополнить словами «УЗИ исследования экспертного класса, эндоскопические исследования»;

3.2 в пункте 4.5) пятый абзац дополнить словами «сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей от 1 до 4 лет)».

4. В Приложение 1 «Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц» внести следующие изменения:

4.1 строки:

«29. БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника № 1»;
30. БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника № 3»;
31. БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника № 5»»
дополнить словами и цифрами «с 01.01.2018 г. по 27.04.2018 г.»;

4.2 дополнить строкой «50. БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника» с 28.04.2018 г.».

5. В Приложение 2 «Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), не имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)», в пункт 2 «Медицинские организации, оказывающие населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь в пределах нескольких муниципальных районов и в городских округах, в том числе городских округах с внутригородским делением» внести следующие изменения:

5.1 строки:

«4. БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника № 1»;
11. БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника № 3»;
45. БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника № 5»»

дополнить словами и цифрами «с 01.01.2018 г. по 27.04.2018 г.»;

5.2 дополнить строкой «46. БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника» с 28.04.2018 г.».

6. В Приложение 6 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара», в пункт II «Медицинские организации, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по клинико-статистическим группам (КСГ)» внести следующие изменения:

6.1 строки:

«3. БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника № 1»;
4. БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника № 3»»

дополнить словами и цифрами «с 01.01.2018 г. по 27.04.2018 г.»;

6.2 дополнить строкой «48. БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника» с 28.04.2018 г.».

7. В приложении 9 «Подушевые нормативы финансирования и интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для медицинских организаций по амбулаторно-поликлинической помощи»:

7.1 в таблицу 1 «Подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций по амбулаторно-поликлинической помощи, на месяц» внести следующие изменения:

7.1.1 группу 1 дополнить строкой «БУЗ ВО «Череповецкая детская городская поликлиника № 2» с 01.09.2018 г.»;

7.1.2 в группе 2 строки «БУЗ ВО «Череповецкая детская городская поликлиника № 2» и «БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника № 1» дополнить словами и цифрами «с 01.01.2018 г. по 27.04.2018 г.»;

7.1.3 в группе 3 строки «БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника № 3»» и «БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника № 5»» дополнить словами и цифрами «с 01.01.2018 г. по 27.04.2018 г.»;

7.1.4 группу 3 дополнить строкой «БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника» с 01.09.2018 г.»;

7.1.5 дополнить разделом:

«

с 28.04.2018 г. по 31.08.2018 г.		
2	БУЗ ВО «Череповецкая детская городская поликлиника № 2»	398,02
	БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника»	

»;

7.2 в таблицу 2 «Подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций по амбулаторно-поликлинической помощи, на год» внести следующие изменения:

7.2.1 группу 1 дополнить строкой «БУЗ ВО «Череповецкая детская городская поликлиника № 2» с 01.09.2018 г.»;

7.2.2 в группе 2 строки «БУЗ ВО «Череповецкая детская городская поликлиника № 2» и «БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника № 1» дополнить словами и цифрами «с 01.01.2018 г. по 27.04.2018 г.»;

7.2.3 в группе 3 строки «БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника № 3»» и «БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника № 5»» дополнить словами и цифрами «с 01.01.2018 г. по 27.04.2018 г.»;

7.2.4 группу 3 дополнить строкой «БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника» с 01.09.2018 г.»;

7.2.5 дополнить разделом:

«

с 28.04.2018 г. по 31.08.2018 г.		
2	БУЗ ВО «Череповецкая детская городская поликлиника № 2»	4 776,24
	БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника»	

»;

7.3 в таблицу 3 «Интегрированные коэффициенты дифференциации для медицинских организаций по амбулаторно-поликлинической помощи» внести следующие изменения:

7.3.1 группу 1 дополнить строкой «БУЗ ВО «Череповецкая детская городская поликлиника № 2» с 01.09.2018 г.»;

7.3.2 в группе 2 строки «БУЗ ВО «Череповецкая детская городская поликлиника № 2» и «БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника № 1» дополнить словами и цифрами «с 01.01.2018 г. по 27.04.2018 г.»;

7.3.3 в группе 3 строки «БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника № 3»» и «БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника № 5»» дополнить словами и цифрами «с 01.01.2018 г. по 27.04.2018 г.»;

7.3.4 группу 3 дополнить строкой «БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника» с 01.09.2018 г.»;

7.3.5 дополнить разделом:

«

с 28.04.2018 г. по 31.08.2018 г.		
2	БУЗ ВО «Череповецкая детская городская поликлиника № 2»	2,5283
	БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника»	

».

8. В Приложение 10 «Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов. Единые тарифы на лабораторные исследования, УЗИ исследование экспертного класса, эндоскопические исследования, применяемые при межучрежденческих расчетах (осуществляются страховыми медицинскими организациями)» внести следующие изменения:

8.1 таблицу 2 «Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС по ядерной магнитно-резонансной томографии, рентгеновской компьютерной томографии» дополнить разделом:

«

с 01.04.2018 года.					
Ядерная магнитно-резонансная томография с наркозом					
без применения контраста	5,78	762,62	4 407,94		
с применением контраста	6,06	1 281,97	7 768,74		

»;

8.2 в таблице 4 «Тарифы осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в рамках диспансеризации (I этап)»:

в строке

«

Маммография обеих молочных желез в двух проекциях (для женщин)	157,40
--	--------

»

цифры «157,40» заменить на «294,21»;
в строке

«

Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом	259,65
---	--------

»

цифры «259,65» заменить на «165,75»;

8.3 в таблице 11 «Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС в амбулаторных условиях в связи с оказанием неотложной медицинской помощи» после строки:

«

Врач-гастроэнтеролог	907,83	957,43
----------------------	--------	--------

»

дополнить строкой:

«

Врач-гастроэнтеролог (дет.)	907,83	957,43
-----------------------------	--------	--------

»;

8.4 в таблице 12 «Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи для фельдшеров, ведущих самостоятельный прием», в перечень медицинских организаций, для которых установлены тарифы, внести следующие изменения:

8.4.1 после слов «БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника № 1»» дополнить словами и цифрами «с 01.01.2018 г. по 27.04.2018 г.»;

после слов «БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника № 3»» дополнить словами и цифрами «с 01.01.2018 г. по 27.04.2018 г.»;

после слов «БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника № 5»» дополнить словами и цифрами «с 01.01.2018 г. по 27.04.2018 г.»;

8.4.2 дополнить словами и цифрами «БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника» с 28.04.2018 г.»;

8.5 в таблице 15 «Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС в амбулаторных условиях для МО, не имеющие прикрепившихся лиц», в разделе III «Медицинские организации, оказывающие населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную, в пределах субъекта Российской Федерации, а также в пределах нескольких субъектов Российской Федерации»:

в столбец «Для медицинских организаций 3 уровня внести следующие изменения:

после строки:

«

Врач-нейрохирург	249,57	263,21			494,83	
------------------	--------	--------	--	--	--------	--

»

дополнить строкой:

«

Врач-нейрохирург дет.	268,29					
-----------------------	--------	--	--	--	--	--

»;

после строки:

«

Врач-сердечно-сосудистый хирург	375,27	395,78		825,59		
---------------------------------	--------	--------	--	--------	--	--

»

дополнить строкой:

«

Врач-сердечно-сосудистый хирург дет.	395,28			869,62		
--------------------------------------	--------	--	--	--------	--	--

»;

после строки:

«

Врач-челюстно-лицевой хирург	228,31			484,02		
------------------------------	--------	--	--	--------	--	--

»

дополнить строкой:

«

Врач-челюстно-лицевой хирург дет.	237,91			504,37		
-----------------------------------	--------	--	--	--------	--	--

»;

8.6 таблицу 16 «Тарифы на исследования, используемые при взаиморасчетах между медицинскими организациями через страховые медицинские организации, на 2018 год» дополнить разделом:

«

Эндоскопические исследования						
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия (взрослые)	4,5	155,59	164,09	700,16	738,41
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия (дети)	5,0	155,59	164,09	777,95	820,45
A03.09.001	Бронхоскопия (взрослые)	6,0	155,59	164,09	933,54	984,54
A03.09.001	Бронхоскопия (дети)	6,5	155,59	164,09	1011,34	1066,59
A03.18.001	Колоноскопия (взрослые)	10,0	155,59	164,09	1555,90	1640,90
A03.18.001	Колоноскопия (дети)	12,0	155,59	164,09	1867,08	1969,08
A03.19.002	Ректороманоскопия (взрослые)	2,5	155,59	164,09	388,98	410,23
A03.19.002	Ректороманоскопия (дети)	3,0	155,59	164,09	466,77	492,27
A03.19.003	Сигмоскопия	6,0	155,59	164,09	933,54	984,54
A11.07.016.001	Биопсия слизистой ротоглотки под контролем эндоскопического исследования	1,0	155,59	164,09	155,59	164,09
A11.08.003.001	Биопсия слизистой оболочки носоглотки под контролем эндоскопического исследования	1,0	155,59	164,09	155,59	164,09
A11.16.001	Биопсия пищевода с помощью эндоскопии	1,0	155,59	164,09	155,59	164,09
A11.16.002	Биопсия желудка с помощью эндоскопии	1,0	155,59	164,09	155,59	164,09

A11.16.003	Биопсия двенадцатиперстной кишки с помощью эндоскопии	1,0	155,59	164,09	155,59	164,09
A11.08.008.001	Биопсия слизистой гортаноглотки под контролем эндоскопического исследования	1,0	155,59	164,09	155,59	164,09
A11.08.016.001	Биопсия тканей грушевидного кармана под контролем эндоскопического исследования	1,0	155,59	164,09	155,59	164,09
A11.09.002	Биопсия легких при бронхоскопии	1,0	155,59	164,09	155,59	164,09
A11.09.008	Биопсия трахеи, бронхов при бронхоскопии	1,0	155,59	164,09	155,59	164,09

»;

8.7 в таблицу 17 «Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС, применяемые для взаиморасчетов при проведении УЗИ исследований экспертного класса» внести следующие изменения:

8.7.1 дополнить столбцом «Код услуги»;

8.7.2 в столбец «Код услуги» включить букву и цифры «A04.30.001.001».

9. В приложении 18 «Коэффициенты сложности лечения пациента по стационарной медицинской помощи», таблицу дополнить строкой:

«

2	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей от 1 до 4 лет)	1,1
---	--	-----

».

10. В приложении 19 «Тарифы по стационарной медицинской помощи на случай госпитализации по КСГ/КПГ», таблицу 2 «Тарифы по стационарной медицинской помощи на случай госпитализации по КСГ/КПГ (для медицинских организаций 2 уровня, подуровня 1 с коэффициентом дифференциации 1,098)» в соответствии с нумерацией КСГ/КПГ дополнить строками:

«

19	Болезни печени, невирусные (уровень 1)	17 771,49
69	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 1)	32 277,99
70	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)	58 067,32
133	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 2)	44 842,02
168	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)	18 804,72
190	Астма, дети	25 830,66
191	Системные поражения соединительной ткани	36 782,86
193	Ревматические болезни сердца (уровень 1)	17 978,14
226	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)	85 137,85
232	Множественные переломы, травматические ампутации, размозжения и последствия травм	29 756,92
235	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)	16 324,98
265	Болезни молочной железы, новообразования молочной железы	15 085,10

	доброкачественные, in situ, неопределенного и неизвестного характера	
271	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи	10 332,26
295	Ожоги (уровень 2)	41 948,99
304	Операции на органах полости рта (уровень 4)	39 262,60

».

11. В приложении 21 «Тарифы по стационарной медицинской помощи на случай госпитализации по КСГ, применяемые для оплаты прерванных случаев лечения», таблицу 2 «Тарифы по стационарной медицинской помощи на случай госпитализации по КСГ, применяемые для оплаты прерванных случаев лечения (для медицинских организаций 2 уровня, подуровня 1 с коэффициентом дифференциации 1,098)» в соответствии с нумерацией КСГ дополнить строками:

«

19	Болезни печени, невирусные (уровень 1)	14 217,19	8 885,75
69	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 1)	25 822,39	16 139,00
70	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)	46 453,86	29 033,66
133	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 2)	35 873,62	
190	Астма, дети	20 664,53	12 915,33
191	Системные поражения соединительной ткани	29 426,29	18 391,43
193	Ревматические болезни сердца (уровень 1)	14 382,51	8 989,07
226	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)	68 110,28	
232	Множественные переломы, травматические ампутации, разможнения и последствия травм	23 805,54	14 878,46
235	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)	13 059,98	
265	Болезни молочной железы, новообразования молочной железы доброкачественные, in situ, неопределенного и неизвестного характера	12 068,08	7 542,55
295	Ожоги (уровень 2)	33 559,19	20 974,50
304	Операции на органах полости рта (уровень 4)	31 410,08	

».

12. В приложении 24 «Управленческие коэффициенты для КСГ/КПГ в условиях дневного стационара», таблицу «УК понижающий для следующих КСГ» в соответствии с нумерацией КСГ дополнить строками:

«

50	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)	2,48	0,537
67	Операции на органе слуха, придаточных пазух носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)	2,00	0,537

109	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)	2,17	0,537
-----	--	------	-------

».

13. В приложении 26 «Тарифы по медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, на случай госпитализации по КСГ/КПГ», в таблице 1 «Тарифы по медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, на случай госпитализации по КСГ/КПГ (для медицинских организаций с коэффициентом дифференциации 1,098)»:

в строке:

«

50	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)	13 134,55	
----	--	-----------	--

»

цифры «13 134,55» заменить на «16 418,19»;

в строке:

«

67	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)	10 592,38	
----	--	-----------	--

»

цифры «10 592,38» заменить на «13 240,48».

14. В приложении 27 «Тарифы по медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, на случай госпитализации по КСГ, применяемые для оплаты прерванных случаев лечения», в таблице 1 «Тарифы по медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, на случай госпитализации по КСГ, применяемые для оплаты прерванных случаев лечения (для медицинских организаций с коэффициентом дифференциации 1,098)»:

в строке:

«

50	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)	10 507,64	-
----	--	-----------	---

»

цифры «10 507,64» заменить на «13 134,55»;

в строке

«

67	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)	8 473,90	-
----	--	----------	---

»

цифры «8 473,90» заменить на «10 592,38».

15. Настоящие изменения вступают в силу с 1 января 2018 года, за исключением:

- подпунктов 8.1, 8.5, вступающих в силу с 1 апреля 2018 года;

- пунктов 4, 5, 6 и подпунктов 7.1.2, 7.1.3, 7.1.5, 7.2.2, 7.2.3, 7.2.5, 7.3.2, 7.3.3, 7.3.5, 8.4, вступающих в силу с 28 апреля 2018 года;
- пункта 9 и подпункта 3.2, вступающих в силу с 1 мая 2018 года;
- подпункта 8.2, вступающего в силу с 1 июня 2018 года;
- пункта 2, вступающего в силу с 1 июля 2018 года;
- подпунктов 7.1.1, 7.1.4, 7.2.1, 7.2.4, 7.3.1, 7.3.4, вступающих в силу с 1 сентября 2018 года.

Согласовано:

Начальник департамента
здравоохранения Вологодской области



И.Н. Маклаков

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Вологодской области



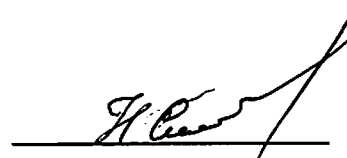
С.Н. Мартов

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



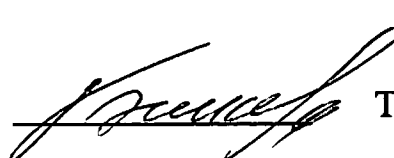
А.В. Костарев

Заместитель главного врача
по организационно-методической работе
БУЗ ВО «Вологодская
городская поликлиника № 3»,
президент Вологодской областной
общественной организации
«Ассоциация врачей»



Н.В. Соколов

Председатель Вологодской областной
организации Профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации



Т.П. Быкова