

ДОПОЛНЕНИЕ № 7
К ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ
ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ ГРАЖДАН В
АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Астрахань « 25 » июля 2014 г.

Настоящее Дополнение к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию граждан в Астраханской области от 31.12.2013 заключено в соответствии со статьями 30 и 50 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Участники соглашения:

1. Министерство здравоохранения Астраханской области в лице министра здравоохранения Астраханской области - председателя заседания - Квятковского И.Е.
2. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Астраханской области в лице директора - заместителя председателя заседания - Циха А.Г.
3. ОАО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» в лице директора Астраханского филиала, действующего на основании Положения об Астраханском филиале ОАО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» и доверенности от 30.12.2013 № 337 - секретаря заседания - Черныха Д.А.
4. Филиал ЗАО «МАКС-М» в г. Астрахани в лице директора, действующего на основании Положения о филиале ЗАО «МАКС-М» в г. Астрахани и доверенности от 31.12.2013 № 03(МЕД) - Галимзяновой Р.М.
5. Астраханская региональная общественная организация «Ассоциация врачей» в лице - Кабачека Н.И.
6. Астраханское региональное отделение общероссийской общественной организации «Российская медицинская ассоциация» в лице - Джувалыкова Г.П.
7. Обком профсоюза медицинских работников в лице председателя - Кузьмина С.Е.

Внесено на рассмотрение участников соглашения:

1. Утверждение Порядка определения размера дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинских организаций (далее – МО) для оплаты скорой медицинской помощи, оказанной лицам вне МО и амбулаторно-поликлинической помощи (приложение № 1) с 01.07.2014 года в новой редакции.

Решение:

1. Утвердить Порядок определения размера дифференцированного подушевого норматива финансирования МО для оплаты скорой медицинской

помощи, оказанной лицам вне МО и амбулаторно-поликлинической помощи (приложение № 1) с 01.07.2014 года в новой редакции.

Проголосовало: «ЗА» 5 чел.

«ПРОТИВ» — чел.

«ВОЗДЕРЖАЛИСЬ» — чел.

2. Внесение изменений в Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию граждан в Астраханской области от 31.12.2013 (далее – Тарифное соглашение):

2.1. в раздел 1 «Предмет соглашения»:

2.1.1. в пункт 1.4.:

а) из абзаца 6 исключить слова «(в том числе: врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей), а также медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов)»;

б) абзацы 7,8,9,10,11 считать соответственно абзацами 8,9,10,11,12;

в) дополнить абзацем 7 следующего содержания «МО самостоятельно определяют объем средств на выплаты стимулирующего характера, полученные МО в рамках подушевого норматива финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, врачам-специалистам и специалистам со средним медицинским образованием, оказывающим амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь (в том числе: врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей), а также медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом результатов их деятельности»;

2.2. в раздел 2 «Область применения тарифов по ОМС»:

2.2.1. в пункт 2.3.:

а) абзац 3 изложить в новой редакции «при оказании амбулаторно-поликлинической помощи лицам, застрахованным на территории Астраханской области, применяются дифференцированные подушевые нормативы финансирования МО на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц на финансовое обеспечение с учетом пола и возраста, включающие финансовые средства, предусмотренные в **основных и дополнительных целевых тарифах на выплаты стимулирующего характера**»;

б) абзац 4 изложить в новой редакции «Дифференцированные подушевые нормативы финансирования МО на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц рассчитываются и утверждаются в соответствии с Порядком определения размера дифференцированного подушевого норматива финансирования МО для оплаты скорой медицинской помощи, оказанной лицам вне МО и амбулаторно-поликлинической помощи, утвержденным Тарифным соглашением»;

2.3. в раздел 3 «Порядок оплаты медицинской помощи по ОМС»:

2.3.1. в пункте 3.1.3.1. абзац 2 изложить в новой редакции «- тарифа на посещение с профилактической целью в центрах здоровья и врачей по специальности «акушерство-гинекология» и «стоматология», ведущих амбулаторный прием;

2.3.1. в пункте 3.1.3.1. приложение №29 изложить в новой редакции согласно приложению №2;

2.4. Утверждение изменений с 01.07.2014 в подпункт 4.1 раздела 4 «Порядок расчета стоимости страхового случая» Тарифного соглашения:

1) Изложить абзац 3 в новой редакции «Для расчета стоимости используются:

T – утвержденный тариф по профилю; (для поликлиники T =Базовый тариф одного посещения/обращения X относительный коэффициент посещения/обращения X поправочный коэффициент для детского населения)

T_k - утвержденный тариф по КСГ (T =Базовый тариф по полному случаю госпитализации X коэффициент относительной затратноемкости **КСГ**);

B - базовый тариф 1 к/дня, 1 п/дня, 1 - случая госпитализации;

T_y – утвержденный тариф по профилю койки «Койки по уходу за ребенком», тариф на питание в дневных стационарах;

K_z – коэффициент относительной затратноемкости по клинико профильной группе (КПГ);

K_b – коэффициент при реабилитации;

K_y – управленческий коэффициент;

K_m – местный коэффициент (безводные местности и т.д.);

K_p – регулирующий коэффициент (понижающий, повышающий) (K_{p1} , K_{p2} , ... K_{pn});

$K_{п}$ – поправочный коэффициент для консультативного приема;

$K_{пд}$ – коэффициент для услуг, оплачиваемых по подушевому нормативу финансирования (для обращений, за исключением специальностей акушерство-гинекология и стоматология). Для услуг, которые оплачиваются не по подушевому нормативу финансирования, $K_{пд}=1$. Для медицинских услуг оказанных с 01.07.2014г $K_{пд}=1$.

$K_{др}$ – расчетное число койко-дней (первый и последний дни пребывания учитываются как один день):

~ для полного случая госпитализации - $K_{др} = 1$;

~ для прерванной госпитализации - фактическая длительность пребывания на койке в днях.

~ для коек по уходу за ребенком - фактическая длительность пребывания на койке в днях.

~ Для ВМП - $K_{др} = 1$;

$P_{др}$ – расчетное число пациенто-дней (первый и последний дни пребывания учитываются как два дня):

~ для полного случая госпитализации - $P_{др} = 1$;

~ для прерванной госпитализации - фактическая длительность пребывания пациента в днях.

~ При организации питания - фактическая длительность пребывания

пациента в днях.

Пр – расчетное число посещений, обращений (одно посещение), при обращении (Пр=1);

Ур – фактическое число оказанных диагностических исследований (услуг), *сеансов гемодиализа, случаев ЭКО, вызовов скорой медицинской помощи.*

Кпс – поправочный коэффициент стоимости случая госпитализации

Кпвз – коэффициент половозрастной стоимости затрат. Для услуг, которые оплачиваются не по подушевому нормативу финансирования, Кпвз =1;

К1дспн – 1-ый коэффициент дифференциации стоимости подушевого норматива финансирования медицинских организаций. Для услуг, которые оплачиваются не по подушевому нормативу финансирования, К1дспн =1;

К2дспн – 2-ой коэффициент дифференциации стоимости подушевого норматива финансирования медицинских организаций. Для услуг, которые оплачиваются не по подушевому нормативу финансирования, К2дспн =1.»

2) Формулы расчета стоимости случая при оказании амбулаторно-поликлинической помощи изложить в новой редакции:

«- при оказании амбулаторно-поликлинической помощи (PL), для не консультативной помощи Кп=1

$S_{all} = T \times Pr \times K_p \times K_{пд} \times K_m \times K_{пвз} \times K_{1дспн} \times K_{2дспн} \times (K_{р1} \times K_{р2} \times \dots \times K_{рn})$ »

Решение:

2. Утвердить изменения в Тарифное соглашение:

2.1. в раздел 1 «Предмет соглашения»:

2.1.1. в пункт 1.4.:

а) из абзаца 6 исключить слова «(в том числе: врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей), а также медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов)»;

б) абзацы 7,8,9,10,11 считать соответственно абзацами 8,9,10,11,12;

в) дополнить абзацем 7 следующего содержания «МО самостоятельно определяют объем средств на выплаты стимулирующего характера, полученные МО в рамках подушевого норматива финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, врачам-специалистам и специалистам со средним медицинским образованием, оказывающим амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь (в том числе: врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей), а также медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом результатов их деятельности»;

2.2. в раздел 2 «Область применения тарифов по ОМС»:

2.2.1. в пункт 2.3.:

а) абзац 3 изложить в новой редакции «при оказании амбулаторно-поликлинической помощи лицам, застрахованным на территории Астраханской области, применяются дифференцированные подушевые нормативы финансирования МО на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц на финансовое обеспечение с учетом пола и возраста, включающие финансовые средства, предусмотренные в **основных и дополнительных целевых тарифах на выплаты стимулирующего характера**»;

б) абзац 4 изложить в новой редакции «Дифференцированные подушевые нормативы финансирования МО на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц рассчитываются и утверждаются в соответствии с Порядком определения размера дифференцированного подушевого норматива финансирования МО для оплаты скорой медицинской помощи, оказанной лицам вне МО и амбулаторно-поликлинической помощи, утвержденным Тарифным соглашением»;

2.3. в раздел 3 «Порядок оплаты медицинской помощи по ОМС»:

2.3.1. в пункте 3.1.3.1. абзац 2 изложить в новой редакции «- тарифа на посещение с профилактической целью в центрах здоровья и врачей по специальности «акушерство-гинекология» и «стоматология», ведущих амбулаторный прием;

2.3.2. в пункте 3.1.3.1. приложение № 29 изложить в новой редакции согласно приложению № 2;

2.4. Утвердить с 01.07.2014 изменения в подпункт 4.1 раздела 4 «Порядок расчета стоимости страхового случая» Тарифного соглашения.

1) Изложить абзац 3 в новой редакции «Для расчета стоимости используются:

T – утвержденный тариф по профилю; (для поликлиники T=Базовый тариф одного посещения/обращения X относительный коэффициент посещения/обращения X поправочный коэффициент для детского населения)

Tк - утвержденный тариф по КСГ (T=Базовый тариф по полному случаю госпитализации X коэффициент относительной затратноемкости КСГ);

Б - базовый тариф 1 к/дня, 1 п/дня, 1 - случая госпитализации;

T_y – утвержденный тариф по профилю койки «Койки по уходу за ребенком», тариф на питание в дневных стационарах;

Kз – коэффициент относительной затратноемкости по клинико профильной группе (КПГ);

Kб – коэффициент при реабилитации;

K_y – управленческий коэффициент;

Kм – местный коэффициент (безводные местности и т.д.);

Kр – регулирующий коэффициент (понижающий, повышающий) (Kр1, Kр2, ... Kрn);

Kп – поправочный коэффициент для консультативного приема;

Kпд – коэффициент для услуг, оплачиваемых по подушевому нормативу финансирования (для обращений, за исключением специальностей акушерство-гинекология и стоматология). Для услуг, которые оплачиваются не по подушевому нормативу финансирования, Kпд=1. Для медицинских услуг оказанных с 01.07.2014г Kпд=1.

KДр – расчетное число койко-дней (первый и последний дни пребывания

учитываются как один день):

для полного случая госпитализации - КДр =1;

для прерванной госпитализации - фактическая длительность пребывания на койке в днях.

для коек по уходу за ребенком - фактическая длительность пребывания на койке в днях.

Для ВМП - КДр =1;

ПДр – расчетное число пациенто-дней (первый и последний дни пребывания учитываются как два дня):

для полного случая госпитализации - ПДр =1;

для прерванной госпитализации - фактическая длительность пребывания пациента в днях.

При организации питания - фактическая длительность пребывания пациента в днях.

Пр – расчетное число посещений, обращений (одно посещение), при обращении Пр=1);

Ур – фактическое число оказанных диагностических исследований (услуг), *сеансов гемодиализа, случаев ЭКО, вызовов скорой медицинской помощи;*

Кпс – поправочный коэффициент стоимости случая госпитализации;

Кпвз – коэффициент половозрастной стоимости затрат. Для услуг, которые оплачиваются не по подушевому нормативу финансирования, Кпвз =1;

К1дспн – 1-ый коэффициент дифференциации стоимости подушевого норматива финансирования медицинских организаций. Для услуг, которые оплачиваются не по подушевому нормативу финансирования, К1дспн =1;

К2дспн – 2-ой коэффициент дифференциации стоимости подушевого норматива финансирования медицинских организаций. Для услуг, которые оплачиваются не по подушевому нормативу финансирования, К2дспн =1.»

2) Формулы расчета стоимости случая при оказании амбулаторно-поликлинической помощи изложить в новой редакции:

«- при оказании амбулаторно-поликлинической помощи (PL), для не консультативной помощи Кп=1

$S_{all} = T \times Pr \times K_p \times K_{pd} \times K_m \times K_{пвз} \times K_{1дспн} \times K_{2дспн} \times (K_{p1} \times K_{p2} \times \dots \times K_{pn})$ »

Проголосовало: «ЗА» 52 чел.

«ПРОТИВ» — чел.

«ВОЗДЕРЖАЛИСЬ» — чел.

3. Отмена коэффициентов индексации к тарифам на медицинские услуги, оказываемые с 01.07.2014 года в амбулаторно-поликлинических учреждениях (подразделениях) следующих медицинских организаций, в связи с изменениями финансирования амбулаторно-поликлинической помощи по подушевому принципу:

- ГБУЗ АО Приволжская РБ в размере 0,57;
- ГБУЗ АО «Володарская РБ» в размере 0,53;
- ГБУЗ АО «Наримановская РБ» в размере 0,60;
- ГБУЗ АО «ГП №5» в размере 0,56;
- ГБУЗ АО «ГП №8 им.Н.И.Пирогова» в размере 0,57;
- ГБУЗ АО «ДГП №1» в размере 0,72;
- ГБУЗ АО «ДГП №5» в размере 0,54.

Решение:

3. Утвердить отмену коэффициентов индексации к тарифам на медицинские услуги, оказываемые с 01.07.2014 года в амбулаторно-поликлинических учреждениях (подразделениях) следующих медицинских организаций:

- ГБУЗ АО Приволжская РБ в размере 0,57;
- ГБУЗ АО «Володарская РБ» в размере 0,53;
- ГБУЗ АО «Наримановская РБ» в размере 0,60;
- ГБУЗ АО «ГП №5» в размере 0,56;
- ГБУЗ АО «ГП №8 им.Н.И.Пирогова» в размере 0,57;
- ГБУЗ АО «ДГП №1» в размере 0,72;
- ГБУЗ АО «ДГП №5» в размере 0,54.

Проголосовало: «ЗА» 5 чел.
 «ПРОТИВ» — чел.
 «ВОЗДЕРЖАЛИСЬ» — чел.

4. В целях реализации пункта 2.3 раздела 2 «Область применения тарифов по ОМС» Тарифного соглашения утверждение дифференцированных подушевых нормативов финансирования МО на прикрепленных к МО застрахованных лиц для оплаты скорой медицинской помощи, оказанной лицам вне МО с 01.07.2014 по 30.09.2014 согласно приложениям №№ 3, 4.

Решение:

4. Утвердить дифференцированные подушевые нормативы финансирования МО на прикрепленных к МО застрахованных лиц для оплаты скорой медицинской помощи, оказанной лицам вне МО с 01.07.2014 по 30.09.2014 согласно приложениям №№ 3, 4.

Проголосовало: «ЗА» 5 чел.
 «ПРОТИВ» — чел.
 «ВОЗДЕРЖАЛИСЬ» — чел.

5. В целях реализации пункта 2.3 раздела 2 «Область применения тарифов по ОМС» Тарифного соглашения утверждение базового подушевого норматива финансирования МО на прикрепленных к МО застрахованных лиц для оплаты амбулаторно-поликлинической помощи с 01.07.2014 по 30.09.2014 согласно приложению №5.

Решение:

5. Утвердить базовый подушевой норматив финансирования МО на прикрепленных к МО застрахованных лиц для оплаты амбулаторно-поликлинической помощи с 01.07.2014 по 30.09.2014 согласно приложению №5.

Проголосовало: «ЗА» 5 чел.
 «ПРОТИВ» — чел.
 «ВОЗДЕРЖАЛИСЬ» — чел.

6. В целях исполнения совместного постановления министерства здравоохранения Астраханской области и ТФОМС от 19.03.2014 №29П/2 «О порядке осуществления взаиморасчетов медицинскими организациями за оказанную медицинскую помощь населению Астраханской области в рамках реализации программы государственных гарантий» (с изменениями от 02.06.2014 №50П/5) утверждение тарифов на оплату диагностических (лабораторных) исследований, процедур, консультаций врачей-специалистов, оказываемых МО в рамках реализации территориальной программы ОМС (далее – ТП ОМС), согласно приложению № 6. Данные тарифы могут применяться МО при оплате за медицинскую помощь, оказанную с 01.07.2014.

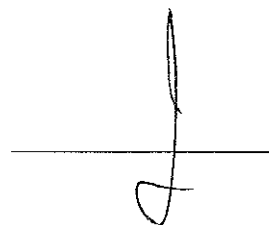
Решение:

6. Утвердить тарифы на оплату диагностических (лабораторных) исследований, процедур, консультаций врачей-специалистов, оказываемых МО в рамках реализации ТП ОМС, согласно приложению № 6. Данные тарифы могут применяться МО при оплате за медицинскую помощь, оказанную с 01.07.2014.

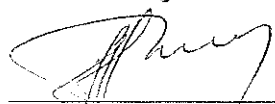
Проголосовало: «ЗА» 5 чел.
 «ПРОТИВ» — чел.
 «ВОЗДЕРЖАЛИСЬ» — чел.

ТФОМС довести данное Дополнение № 7 к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию граждан в Астраханской области от 31.12.2013 до страховых медицинских организаций и медицинских организаций.

1. от министерства здравоохранения Астраханской области, министр здравоохранения Астраханской области - председатель заседания -


 Квятковский И.Е.

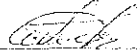
2. от ТФОМС Астраханской области, директор - заместитель председателя заседания -


 Цих А.Г.

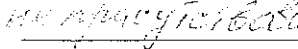
3. от ОАО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», директор - секретарь заседания-


 Черных Д.А.


4. от ЗАО «МАКС-М», директор -

 Галимзянова Р.М.

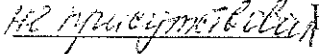
5. от Астраханской региональной
общественной организации
«Ассоциация врачей» -

 Кабачек Н.И.

6. от Астраханского регионального
отделения общероссийской
общественной организации «Российская
медицинская ассоциация» -

 Жувальяков Г.П.

7. от обкома профсоюзов
медицинских работников, председатель

 Кузьмин С.Е.

Дополнение № 7 к Тарифному соглашению на 9 листах с приложениям
№№ 1, 2, 3, 4,5,6 на 11 листах.

Порядок определения размера дифференцированного подушевого норматива финансирования для оплаты скорой медицинской помощи, оказанной лицам вне медицинской организации и амбулаторно-поликлинической помощи.

Расчет подушевого норматива финансирования для оплаты скорой медицинской помощи, оказанной лицам вне медицинской организации и для оплаты амбулаторно-поликлинической помощи осуществляется территориальным фондом ОМС не реже 1 раза в квартал и утверждается на заседании Тарифного соглашения по обязательному медицинскому страхованию граждан в Астраханской области (далее - Тарифное соглашение).

Расчет подушевого норматива финансирования осуществляется исходя из:

- численности обслуживаемого населения на начало года;
- численности застрахованных лиц по состоянию на 1 число месяца квартала, за который страховыми медицинскими организациями будет осуществляться оплата медицинской помощи. Численность застрахованных лиц определяется на основании «Актов сверки численности застрахованных лиц»;
- объема финансовых средств, предусмотренных на формирование подушевого норматива финансирования.

1. Подушевой норматив финансирования для оплаты скорой медицинской помощи, оказанной лицам вне медицинской организации, рассчитывается по формуле:

$$\text{ПНФсмп} = V_{\text{фсмп}} / \text{Чобс} * \text{Чобсмо} / 12\text{мес} / \text{Чз}, \text{ где:}$$

V_{фсмп} - объем финансовых средств, предусмотренных на формирование подушевого норматива финансирования для оплаты скорой медицинской помощи, оказанной лицам вне медицинской организации за исключением ГБУЗАО «ССПМ» г.Астрахань;

Чобс - численность обслуживаемого населения на начало года за исключением численности муниципального образования г.Астрахань;

Чобсмо - численность обслуживаемого населения конкретного муниципального образования на начало года;

Чз - численность застрахованных лиц по состоянию на 1 число месяца квартала конкретного муниципального образования.

Подушевой норматив финансирования для оплаты скорой медицинской помощи, оказанной ГБУЗАО «ССПМ» г.Астрахань рассчитывается по формуле:

$$\text{ПНФемп} = V_{\text{фсмп}} / 12 \text{мес} / \text{Чз}, \text{ где:}$$

V_{фсмп} - объем финансовых средств, предусмотренных на формирование подушевого норматива финансирования для оплаты скорой медицинской помощи;

Чз - численность застрахованных лиц по состоянию на 1 число месяца квартала муниципального образования г.Астрахань.

2. Базовый подушевой норматив финансирования для оплаты амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной населению рассчитывается по формуле:

$$\text{БПНФАПП} = \Sigma / \text{количество месяцев} / (\text{Чз} * \text{ОКПВЗ}), \text{ где:}$$

Σ - сумма средств, предусмотренная на подушевое финансирование;

количество месяцев - зависит от расчетного периода;

Чз - численность застрахованных лиц по состоянию на 1 число месяца квартала конкретной медицинской организации с учетом пола и возраста;

ОКПВЗ - относительный коэффициент половозрастных затрат, рассчитывается по формуле:

$$\text{ОКПВЗ} = \text{КОПС} * \text{К1} * \text{К2} * \text{Км}, \text{ где:}$$

КОПС - коэффициент относительной половозрастной стоимости амбулаторно-поликлинического лечения (Приложение №1). При определении **ОКПВЗ** применяется порядок округления до 4 знаков после каждого математического действия;

К1 и **К2** - коэффициенты дифференциации стоимости подушевого норматива финансирования медицинских организаций (Приложение №2);

Км - местный коэффициент (безводной местности и т.д.).

3. Сумма средств подушевого финансирования МО рассчитывается на месяц исходя из численности прикрепленного населения, определенной на основании «Актów сверки численности застрахованных лиц» на 1 число месяца, за который производится расчет.

4. Финансирование СМО в части ПНФ производится в соответствии с письменными подтверждениями от ТФОМС АО.

Коэффициенты относительной половозрастной стоимости амбулаторно-поликлинического лечения

Возрастная группа	Возраст	Коэф-т поло-возр.затрат Ж	Коэф-т поло-возр.затрат М
1	2	3	4
1 группа	до 11 мес. 29 дней	0,8648	0,8739
2 группа	от 1 года до 4 лет 11 мес. 29 дней	1,0327	1,0348
3 группа	от 5 лет до 14 лет 11 мес. 29 дней	1,0671	1,0638
4 группа	от 15 лет до 19 лет 11 мес. 29 дней	1,0323	0,9916
5 группа	от 20 лет до 39 лет 11 мес. 29 дней	0,9307	0,9349
6 группа	от 40 лет до 64 лет 11 мес. 29 дней	0,9872	0,9561
7 группа	от 65 лет и старше	1,0006	0,9706

Коэффициенты дифференциации стоимости подушевого норматива
финансирования медицинских организаций

№ гр.	Наименование МО	К1	К2
1	"АСТРАХАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА" ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА	0,6658	
	ГБУЗ АО "АХТУБИНСКАЯ РБ"		
	ГБУЗ АО " КРАСНОЯРСКАЯ РБ"		
	ГБУЗ АО "НАРИМАНОВСКАЯ РБ"		
	ГБУЗ АО "ГП №10"		
	ГБУЗ АО "ДГП №4"		
	ГБУЗ АО "ДГП №5"		
2	ГБУЗ АО " ВОЛОДАРСКАЯ РБ"	0,8877	от 20 до 64 лет 11 мес. 29 дней К2=1,0;
	ГБУЗ АО "ГКБ № 4"		
	ГБУЗ АО "ГП № 1"		
	ГБУЗ АО "ГП №2"		
	ГБУЗ АО "ГП №5"		
	ГБУЗ АО "ДГП №1"		
	ГБУЗ АО "ДГП №3"		
3	ГБУЗ АО "ГП №3"	1,0208	от 65 лет и выше К2=1,5;
4	ГБУЗ АО "ЕНОТАЕВСКАЯ РБ"	1,1096	от 0 до 19 лет 11 мес. 29 дней К2=3,0
	ГБУЗ АО " КАМЫЗЯКСКАЯ РБ"		
	ГБУЗ АО "ЛИМАНСКАЯ РБ"		
	ГБУЗ АО " ЧЕРНОЯРСКАЯ РБ"		
	ГБУЗ АО "ТБ ЗАТО ЗНАМЕНСК"		
	ГБУЗ АО "ГП №8 им. Н.И.Пирогова"		
	НУЗ "ОТДЕЛЕНЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА НА СТ. АСТРАХАНЬ-1 ОАО "РЖД"		
5	ГБУЗ АО "ПРИВОЛЖСКАЯ РБ"	1,1984	
6	ГБУЗ АО " ИКРЯНИНСКАЯ РБ"	1,3315	
	ГБУЗ АО "ХАРАБАЛИНСКАЯ РБ ИМ. Г.В. ХРАПОВОЙ"		
	НУЗ "МСЧ"		
	ФИЛИАЛ №13 ФГКУ "1602 ВКГ" МИНОБОРОНЫ РОССИИ		
	ФКУЗ "МСЧ МВД РОССИИ ПО АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ"		

Схема порядка оплаты медицинской помощи, оказанной в
амбулаторно-поликлинических учреждениях (амбулаторно-поликлинических
подразделениях) за медицинскую помощь, оказываемую медицинскими
организациями с 01.07.2014 года

Оплата за объем, оказанной медицинской помощи включает:*	Оплата по подушевому нормативу финансирования (для МО, имеющих приписное население по участковому признаку) включает:*
1.Посещения с профилактической целью к врачам соответствующей специальности, ведущих прием в медицинских организациях, не имеющих приписного населения	12.Посещения с профилактической целью к врачам соответствующей специальности, ведущих прием в медицинских организациях, имеющих приписное население, за исключением п.2 , п.3, и п.6.
2.Все законченные случаи диспансеризации и профилактических осмотров, проводимых в соответствии с постановлениями МЗРФ	
3.Проведение комплексного обследования в центрах здоровья	13.Оказание неотложной медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих приписное население.
4.Оказание неотложной медицинской помощи в медицинских организациях, не имеющих приписного населения	
5.Обращения по поводу заболеваний к врачам по специальности акушерство-гинекология и стоматология	14.Обращения по поводу заболеваний к врачам соответствующей специальности, ведущих прием в медицинских организациях, имеющих приписное население, за исключением п.5.
6.Посещения с профилактической целью к врачам по специальности акушерство-гинекология и стоматология	
7.Обращения по поводу заболеваний к врачам соответствующей специальности, ведущих консультативный прием	
8.Отдельные диагностические услуги	
9.Сеансы заместительной почечной терапии методом гемодиализа и перитониального диализа	
10. Обращения по поводу заболеваний к врачам соответствующей специальности, ведущих прием в медицинских организациях, не имеющих приписного населения	
11.Медицинскую помощь, оказанную гражданам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации	

*Включает основные тарифы и дополнительные на стимулирование

Приложение № 3
к Дополнению № 7
от « 25 » июля 2014г.

Подушевой норматив финансирования МО на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи вне МО с 01.07.2014 по 30.09.2014
(в рамках пяти статей расходов и расходов на содержание)

Наименование медицинских организаций	Стоимость, руб.
ГБУЗ АО "ССМП" г. Астрахань	52,15
ГБУЗ АО "Ахтубинская РБ"	26,89
ГБУЗ АО "Володарская РБ"	
ГБУЗ АО "Енотаевская ЦРБ"	
ГБУЗ АО "Икрянинская РБ"	
ГБУЗ АО "Камызякская РБ"	
ГБУЗ АО "Красноярская ЦРБ"	
ГБУЗ АО "Лиманская ЦРБ"	
ГБУЗ АО "Наримановская РБ"	
ГБУЗ АО "Приволжская РБ"	
ГБУЗ АО "Харабалинская ЦРБ"	
ГБУЗ АО "Черноярская РБ"	
ГБУЗ АО "ГБ ЗАТО г.Знаменск "	

Приложение № 4
к Дополнению № 7
от «25» июля 2014 г.

Подушевой норматив финансирования МО на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи вне МО с 01.07.2014 по 30.09.2014
в части оплаты труда и начислений на выплаты по оплате труда
(выплаты стимулирующего характера)

Наименование медицинских организаций	Стоимость, руб.
ГБУЗ АО "ССМП" г. Астрахань	5,21
ГБУЗ АО "Ахтубинская РБ"	4,67
ГБУЗ АО "Володарская РБ"	
ГБУЗ АО "Енотаевская ЦРБ"	
ГБУЗ АО "Икрянинская РБ"	
ГБУЗ АО "Камызякская РБ"	
ГБУЗ АО "Красноярская ЦРБ"	
ГБУЗ АО "Лиманская ЦРБ"	
ГБУЗ АО "Наримановская РБ"	
ГБУЗ АО "Приволжская РБ"	
ГБУЗ АО "Харабалинская ЦРБ"	
ГБУЗ АО "Черноярская РБ"	
ГБУЗ АО "ГБ ЗАТО г.Знаменск "	

Приложение № 5
к Дополнению № 7
от «25» июля 2014 г.

Подушевой норматив финансирования для оплаты амбулаторно-поликлинической
помощи оказанной взрослому и детскому населению
с 01.07.2014 по 30.09.2014
(в рамках пяти статей расходов, расходов на содержание и выплат стимулирующего
характера)

руб.

Базовый подушевой норматив финансирования для оплаты амбулаторно- поликлинической помощи	80,53
--	-------

Тарифы на оплату диагностических (лабораторных) исследований, процедур, консультаций врачей-специалистов по ОМС
(в рамках расходов на заработную плату, начисления на выплаты на оплату труда,
лекарственные средства, расходные материалы)

№	Наименование исследования	Номенклатурный номер медицинской услуги	Цена услуги
1	2	3	4
1	Анализ мочи общий	B 03.016.006	131,70
2	Бактериологическое исследование мокроты на аэробные и факультативно анаэробные микроорганизмы	A 26.09.010	164,60
3	Бактериологическое исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	A 26.01.001	560,80
4	Бактериологическое исследование грудного молока на стерильность	A 26.05.001.02	352,50
5	Бактериологическое исследование кала на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	A 26.19.008	558,60
6	Бактериологическое исследование крови на стерильность	A 26.05.001	560,00
7	Бактериологическое исследование отделяемого из ушей на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	A 26.25.001	498,70
8	Микробиологическое (бактериологические) исследование отделяемого секрета простаты на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	A 26.21.006	495,70
9	Бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно анаэробные микроорганизмы	A 26.08.005	341,30
10	Исследование кала на скрытую кровь	A 09.19.001	34,60
11	Исследование макрофагальной активности (по восстановлению НСТ)	A 12.06.005.002	195,70
12	Исследование макрофагальной активности (по восстановлению НСТ-стимулированный тест)	A 12.06.005.003	201,30
13	Исследование макрофагальной активности (по поглощению инородных тел)	A 12.06.005.001	107,00
14	Исследование уровня тиреотропина сыворотки крови	A 09.05.065	214,90
15	Исследование уровня общего Тестостерона	A 09.05.078	195,80
16	Исследование уровня общего тироксина в сыворотке (Т-4) в крови	A 09.05.064	218,20
17	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	A 09.05.042	59,30
18	Исследование уровня альбумина в крови	A 09.05.011	62,10
19	Исследование уровня альфа-липопротеинов (высокой плотности) в крови	A 09.05.004	108,20
20	Исследование уровня амилазы в крови	A 09.05.045	78,50
21	Исследование уровня антигена аденогенных раков СА 125 в крови	A 09.05.202	253,90
22	Исследование уровня антител к тиреопероксидазе в крови	A 12.06.045	270,90
23	Исследование уровня аспартат-трансаминазы в крови	A 09.05.041	59,80

24	Исследование уровня гликированного гемоглобина крови	A 09.05.083	138,30
25	Исследование уровня глюкозы в крови	A 09.05.023	61,10
26	Исследование уровня глюкозы в моче	A 09.28.011	103,20
27	Исследование уровня желчных пигментов и их производных в моче	A 09.28.007	86,90
28	Исследование уровня калия в крови	A 09.05.031	49,50
29	Исследование уровня креатинина в крови	A 09.05.020	58,90
8	Исследование уровня креатинкиназы в крови	A 09.05.043	75,00
30	Исследование уровня лейкоцитов в крови	A 08.05.004	109,50
31	Исследование уровня липопротеидов низкой плотности	A 09.05.028	129,80
32	Исследование уровня лютеинизирующего гормона в сыворотке крови	A 09.05.131	177,90
33	Исследование уровня мочевины в крови	A 09.05.017	56,90
34	Исследование уровня мочевой кислоты в крови	A 09.05.018	64,90
35	Исследование уровня общего Кортизола в крови	A 09.05.135	225,40
36	Исследование уровня общего белка в крови	A 09.05.010	64,80
37	Исследование уровня общего билирубина в крови	A 09.05.021	65,10
38	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	A 09.05.003	128,00
39	Исследование уровня общего кальция в крови	A 09.05.032	53,40
40	Исследование уровня общего трийодтиронина (Т-3) в крови	A 09.05.060	260,10
41	Исследование уровня паратиреоидного гормона в крови	A 09.05.058	220,80
42	Исследование уровня пролактина в крови	A 09.05.087	186,30
43	Исследование уровня простатспецифического антигена в крови	A 09.05.130	396,10
44	Исследование уровня ретикулоцитов в крови	A 08.05.008	194,70
45	Исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови	A 09.05.022	60,10
46	Исследование уровня соматотропного гормона в крови	A 09.05.066	363,90
47	Исследование уровня сывороточного иммуноглобулина Е в крови	A 09.05.054.001	242,60
48	Исследование уровня триглицеридов в крови	A 09.05.025	68,20
49	Исследование уровня тромбоцитов в крови	A 08.05.005	165,90
50	Исследование уровня фибриногена в крови	A 09.05.050	68,60
51	Исследование уровня фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови	A 09.05.132	176,30
52	Исследование уровня хлоридов в крови	A 09.05.034	54,00
53	Исследование уровня холестерина в крови	A 09.05.026	59,90
54	Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови	A 09.05.046	58,80
55	Исследование уровня эритроцитов в крови	A 08.05.003	122,40
56	Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	A 03.005.006	154,40
57	Микробиологическое (бактериологическое) исследование абсцессов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	A 26.07.005	548,40
58	Микробиологическое (бактериологическое) исследование отделяемого с век (соскобы с язв) на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы	A 26.26.006	418,60
59	Микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	A 26.20.008	502,20
60	Микроскопическое исследование отделяемого влагалища на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым препаратам	A 09.20.009	99,30

61	Микроскопическое исследование отделяемого конъюнктивы на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	A 26.26.001	421,00
62	Обнаружение кетоновых тел в моче	A 09.28.015	86,90
63	Общий (клинический) анализ крови	B 03.016.002	152,10
64	Общий (клинический) анализ крови развернутый	B 03.016.003	203,60
65	Определение альфа-амилазы в моче	A 09.28.027	94,80
66	Определение антистрептолизина О в сыворотке крови	A 12.06.015	209,10
67	Определение антител классов M,G(IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита В (HBsAg HepAtitis B virus) в крови	A 26.06.040	110,60
68	Определение антител классов M,G(IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (HepAtitis C virus) в крови	A 26.06.041	114,50
69	Определение антител M, G (IgM, IgG) к вирусу краснухи (RuBeolA virus) в крови	A 26.06.071	161,90
70	Определение белка в моче	A 09.28.003	132,10
71	Определение концентрации С-реактивного белка в сыворотке крови	A 09.05.009	100,40
72	Определение основных групп крови (А, В, 0)	A 12.05.005	115,40
73	Определение подгруппы и других групп крови меньшего значения А-1, А-2, D, Сс, Е, Kell, Duffy	A 12.05.007	126,70
74	Определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме	A 12.05.027	118,60
75	Определение протромбинового времени в плазме (с расчетом МНО)	A 12.05.027.01	118,60
76	Определение резус-принадлежности	A 12.05.006	93,00
77	Определение уровня прогестерона в крови	A 09.05.151	226,70
78	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	A 08.05.006	188,30