Дополнительное соглашение №1 от 27.01.2023

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ НА 2023 ГОД**

**г. Красноярск 27.12.2022**

**РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Тарифное соглашение системы обязательного медицинского страхования Красноярского края на 2023 год заключено с целью реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования и 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»;

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС);

постановлением Правительства РФ от 29.12.2022 № 2497 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» (далее – Программа государственных гарантий);

Законом Красноярского края от 09.12.2022 № 4-1340 «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края на 2023 год и плановый период 2024 и 2025 годов»;

постановлением Правительства Красноярского края от 27.12.2022 № 1177-п «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» (далее – ТПГГ);

постановлением Правительства Красноярского края от 26.12.2011 № 799-п «О создании комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Красноярского края»;

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре
и содержанию Тарифного соглашения»;

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»;

Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (совместное письмо Министерства здравоохранения РФ № 11-7/и/2-1619 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 00-10-26-2-06/75 от 02.02.2022) (далее – Методические рекомендации по способам оплаты).

**Предметом настоящего Соглашения является согласование:**

- способов оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС);

- размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - ТП ОМС) в амбулаторных и стационарных условиях, в условиях дневного стационара всех типов, при оказании скорой медицинской помощи;

- показателей оценки результативности деятельности медицинских организаций;

- порядка оценки результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

**Представители сторон тарифного соглашения:-**

ОРГАНЫ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ в лице заместителя председателя Правительства Красноярского края Подкорытова Алексея Викторовича;

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ (далее – Фонд)
в лице и.о. директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края Богословской Ирины Юрьевны;

СТРАХОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ в лице директора Красноярского филиала акционерного общества «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», полномочного представителя Всероссийского союза страховщиков по медицинскому страхованию
в Красноярском крае Орловой Алены Юрьевны;

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СОЮЗ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ в лице председателя Красноярской территориальной (краевой) организации профсоюза работников здравоохранения РФ Чугуевой Елены Власовны;

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ в лице председателя ассоциации «Красноярская медицинская палата» Скрипкина Сергея Анатольевича.

# **Термины и оп****реде****ления**:

**Медицинские организации** (далее – МО) **-** организации, имеющие право на осуществление медицинской деятельности
и включенные в реестр МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, организации любой предусмотренной законодательством РФ организационно-правовой формы, индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

**Медицинские организации первого уровня** – МО и (или) структурные подразделения МО, оказывающие населению
в пределах муниципального образования (внутригородского округа) первичную медико-санитарную помощь, и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь, и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь.

**Медицинские организации второго уровня** – МО и (или) структурные подразделения МО, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, больницы скорой медицинской помощи, центры, диспансеры.

**Медицинские организации третьего уровня** – МО и (или) структурные подразделения МО, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

**Медицинские организации прикрепления** (далее – МО-прикрепления) – МО, оказывающие медицинскую помощь
в амбулаторных условиях, участвующие в реализации ТП ОМС и имеющие прикрепленное население, застрахованное по ОМС
в Красноярском крае, оплата медицинской помощи которых осуществляется по подушевому нормативу.

**Медицинские организации направления** (далее – МО-направления) - МО, оказывающие медицинскую помощь, участвующие
в реализации ТП ОМС, направляющие застрахованных по ОМС в Красноярском крае граждан в МО-исполнители для получения недостающей медицинской помощи при отсутствии в МО-направления оборудования, кадров, иных ресурсов.

**Медицинские организации – исполнители** (далее – МО-исполнители) **–** МО, оказывающие медицинскую помощь
по направлению иных МО.

**Случай госпитализации в круглосуточном стационаре (случай лечения в дневном стационаре)** **-** случай диагностики и лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации ТП ОМС.

**Клинико-статистическая группа заболеваний** (далее - КСГ) - группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат
и набор используемых ресурсов).

**Оплата медицинской помощи по КСГ** – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя
из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратоемкости и поправочных коэффициентов.

**Базовая ставка** - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТПГГ, с учетом коэффициента приведения.

**Коэффициент относительной затратоемкости** – коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

**Коэффициент дифференциации** – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для субъекта Российской Федерации.

**Коэффициент дифференциации для муниципальных образований -** коэффициент, отражающий территориальную дифференциацию муниципальных образований Красноярского края по уровню заработной платы (коэффициенты районного регулирования) и уровню цен, в том числе дифференциацию по стоимости жилищно-коммунальных услуг.

**Коэффициент специфики в стационарных условиях и в условиях дневного стационара –** устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ.

**Коэффициент уровня МО** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов МО в зависимости от уровня МО, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

**Коэффициент подуровня МО** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия
в размерах расходов МО одного уровня, обусловленный объективными причинами.

**Коэффициент сложности лечения пациентов** – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, применяемый
в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

**Подгруппа в составе КСГ заболеваний** – группа заболеваний, выделенная в составе КСГ заболеваний с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых на территориальном уровне, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по КСГ, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп.

**Первичная медико-санитарная помощь** (далее - ПМСП) является основой системы оказания медицинской помощи
и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. ПМСП оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

**Подушевая оплата медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях, а также в МО, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитицию -** механизм финансирования МО, имеющей прикрепленное население, при котором объем выделяемых средств рассчитывается, исходя из количества прикрепившихся застрахованных лиц и размера дифференцированного подушевого норматива финансирования.

**Дифференцированный подушевой норматив финансирования -** ежемесячный объем финансирования МО на одно прикрепившееся застрахованное лицо, рассчитанный с учетом относительных коэффициентов половозрастных затрат, предоставляемой медицинской помощи, потребности застрахованных лиц в медицинской помощи.

**Посещение** - контакт пациента с врачом (средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием) МО или подразделения, оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях по любому поводу с последующей записью
в «Медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях». Посещения могут проводиться:
в МО, на дому, в центре здоровья, при выездах в другие МО, в том числе в фельдшерско-акушерские пункты, а также дистанционно,
в том числе с применением телемедицинских технологий.

**Обращение по поводу заболевания** – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее
2 посещений по поводу одного заболевания.

**Медицинская услуга -** медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных
на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

**Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь** оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме вне МО (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

**Подушевой норматив финансирования** **скорой медицинской помощи**, оказанной вне МО, включая медицинскую эвакуацию, отражает размер средств ОМС, необходимых для компенсации затрат в соответствии с ТП ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо.

**Телемедицинская услуга –** медицинская услуга с использованием информационных технологий, обеспечивающих дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию
и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента.

**РАЗДЕЛ 2.**

**СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ.**

**При оплате** **медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях**, применяются следующие способы оплаты:

**по подушевому нормативу финансирования** на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала),
на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров
и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности МО (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации,
в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных МО и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

**за единицу объема медицинской помощи** - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай), при оплате:

а) медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС;

б) медицинской помощи, оказанной в МО, не имеющих прикрепившихся лиц;

в) медицинской помощи, оказанной МО (в том числе по направлениям, выданным иной МО), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной МО;

г) отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно- генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

д) профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;

е) диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

ж) медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

**При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации
в специализированных МО (структурных подразделениях):**

за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП)), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения МО в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую МО, преждевременной выписки пациента из МО в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении 30 (3.4), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

**При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:**

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ заболеваний, группу ВМП), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по КСГ заболеваний, группе ВМП);

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения МО в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара
на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению
с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую МО, преждевременной выписки пациента из МО в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, согласно приложению 30 (3.4), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по КСГ заболеваний, группе ВМП).

**При оплате СМП**, оказанной вне МО (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

- по подушевому нормативу финансирования;

- за единицу объема медицинской помощи - за вызов СМП (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, а также оказанной
в отдельных МО, не имеющих прикрепившихся лиц).

**При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию,** применяется способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой МО лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной МО медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности МО, в том числе показателей объема медицинской помощи. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средства на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов.

**Межучрежденческие расчеты за медицинскую помощь.**

Межучрежденческие расчеты за оказанную медицинскую помощь осуществляются:

- МО на основании заключенных между ними договоров на оказание и оплату недостающей медицинской помощи, приобретаемой самостоятельно в соответствии с Федеральным законом №44-ФЗ;

- СМО в соответствии с порядком информационного обмена в системе ОМС Красноярского края.

В случае, если в соответствии с уведомлением об осуществлении деятельности в сфере ОМС, МО включена в реестр МО,
но решением Комиссии МО не распределены объемы:

- медицинской помощи в амбулаторных условиях;

- диагностических (лабораторных) исследований (на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала), комплексных услуг по обследованию при направлении на операции в гинекологическое отделение; комплексных услуг врача-оториноларинголога; комплексных кардиологических исследований; комплексных обследований супружеских пар с нарушением репродуктивной функции (бесплодие, невынашивание); медицинских услуг детям с врожденной косолапостью по методу Понсети; комплексных услуг по профилю «Аллергология-иммунология»; комплексной услуги по специализированному нейропсихологическому тестированию; иммуногистохимических исследований, позитронно-эмиссионной томографии (за исключением исследований ЗНО)), медицинской реабилитации, услуг диализа, посещений, обращений по заболеванию, тестирований на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, диспансерного наблюдения,

то тарифы на оказание медицинской помощи таким МО устанавливаются Тарифным соглашением в целях проведения межучрежденческих расчетов.

Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Красноярского края, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты (Приложение 1 (2)).

* 1. **СВЕДЕНИЯ О ПРИМЕНЕНИИ СПОСОБОВ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ
	В** **АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.**

Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирований на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи (Приложение 2 (2.1.));

Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), не имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (Приложение 3 (2.1.);

Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), являющиеся медицинскими организациями-исполнителями диагностических (лабораторных) исследований, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи (Приложение 4 (2.1.));

Медицинские организации, имеющие в составе фельдшерско-акушерские пункты и размер их финансового обеспечения (Приложение 5 (2.1));

Медицинские организации, имеющие в составе обособленные подразделения, расположенные в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (Приложение 6 (2.1)).

Общий объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для МО, участвующих в реализации ТП ОМС, ($ОС\_{АМБ}$) определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, по следующей формуле:

$ОС\_{АМБ}=\left(Но\_{ПРОФ} х Нфз\_{ПРОФ}+ Но\_{ОЗ} х Нфз\_{ОЗ}+ Но\_{НЕОТЛ} х Нфз\_{НЕОТЛ}\right)х Ч\_{З}- ОС\_{МТР}$, где:

$Но\_{ПРОФ}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный ТП ОМС, посещений;

$Но\_{ОЗ}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный ТП ОМС, обращений;

$Но\_{НЕОТЛ}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный ТП ОМС, посещений;

$Нфз\_{ПРОФ}$ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях
с профилактическими и иными целями, установленный ТП ОМС, рублей;

$Нфз\_{ОЗ}$ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях
в связи с заболеваниями, установленный ТП ОМС, рублей;

$Нфз\_{НЕОТЛ}$ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный ТП ОМС, рублей;

$ОС\_{МТР}$ - объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории страхования, рублей;

$Ч\_{З}$ - численность застрахованного населения Красноярского края.

Размер среднего подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях ($ФО\_{СР}^{АМБ}$) определяется по следующей формуле:

$ФО\_{СР}^{АМБ}$ = $\frac{ОС\_{АМБ}}{Ч\_{З}}$

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС ($ОС\_{ПНФ}$), рассчитывается за исключением объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, и средств на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов,
и определяется по следующей формуле:

$ОС\_{ПНФ}=ОС\_{АМБ}-ОС\_{ФАП}-ОС\_{ИССЛЕД}-ОС\_{УД}-ОС\_{НЕОТЛ}-ОС\_{ЕО}$ $- ОС\_{ПО}- ОС\_{ДИСП}-ОС\_{ДН}$, где:

$ОС\_{ФАП}$ - объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии
с установленными ТП ОМС медицинской помощи размерами финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов, рублей;

$ОС\_{ИССЛЕД}$ - объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)) в соответствии
с нормативами, установленными ТП ОМС, а также комплексных обследований супружеских пар с нарушением репродуктивной функции (бесплодие, невынашивание), комплексных кардиологических обследований, комплексных исследований перед проведением оперативного вмешательства (гинекология, урология), комплексных исследований при ЛОР-заболеваниях, комплексных услуг по профилю «Аллергология-иммунология», комплексной услуги по специализированному нейропсихологическому тестированию, иммуногистохимических исследований, позитронно-эмиссионной томографии (за исключением исследований ЗНО), медицинских услуг детям с врожденной косолапостью по методу Понсети; услуг диализа, рублей;

$ОС\_{УД}$ - объем средств, направляемых на оплату углубленной диспансеризации в соответствии с нормативами, установленными
ТП ОМС, рублей;

$ОС\_{НЕОТЛ}$ - объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными ТП ОМС, рублей;

$ОС\_{ЕО}$ - объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным на территории Красноярского края лицам, рублей;

$ОС\_{ПО}$ - объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии
с нормативами, установленными ТП ОМС, рублей;

$ОС\_{ДИСП}$ - объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (за исключением углубленной диспансеризации), рублей,

$ОС\_{ДН}$ - объем средств, направляемых на оплату диспансерного наблюдения в соответствии с нормативами, установленными
ТП ОМС, рублей.

Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи на прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях ($ПН\_{БАЗ}$) рассчитывается по следующей формуле:

$ПН\_{БАЗ}=\left(\frac{ОС\_{ПНФ}}{Ч\_{З} х КД}\right)х (1-Рез)$, где:

Рез - доля средств, направляемая на выплаты МО за достижение показателей результативности деятельности в размере 0,05;

КД – коэффициент дифференциации.

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов в i-той МО ($ОС\_{ФАП}^{i}$), рассчитывается
по формуле:

$ОС\_{ФАП}^{i}=\sum\_{n}^{}(Ч\_{ФАП}^{n}×БНФ\_{ФАП}^{n}×КС\_{БНФ }^{n})$, где:

$Ч\_{ФАП}^{n}$ - число фельдшерско-акушерских пунктов n-типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным Приказом № 543н);

$БНФ\_{ФАП}^{n}$ – базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений МО - фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа с учетом применения коэффициента дифференциации для муниципальных образований (Раздел 3.3);

$КС\_{БНФ}^{n}$ - коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат
на финансовое обеспечение структурных подразделений МО - фельдшерско-акушерских пунктов (Приложение 5 (2.1)), учитывающий:

- укомплектованность по должностям физическим лицом или в порядке совместительства:

для фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов определен ТПГГ (обслуживаемое население от 100 до 2 000 человек) при условии укомплектованности физическим лицом или в порядке совместительства по должностям: заведующий фельдшерско-акушерским пунктом – фельдшер, заведующий фельдшерско-акушерским пунктом – акушерка, фельдшер, акушерка, устанавливается значение коэффициента равное 1,

для фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов определен ТПГГ (обслуживаемое население от 100 до 2 000 человек) не укомплектованных физическими лицами или в порядке совместительства
по должностям: заведующий фельдшерско-акушерским пунктом – фельдшер, заведующий фельдшерско-акушерским пунктом – акушерка, фельдшер, акушерка, но при наличии физических лиц на штатных должностях или в порядке совместительства медицинского работника
по должностям: заведующий фельдшерско-акушерским пунктом – медицинская сестра, медицинская сестра, устанавливается значение коэффициента 0,9;

- объем занимаемой должности:

при трудоустройстве медицинского работника на 0,5 - 0,25 ставки применять понижающий коэффициент 0,5;

при трудоустройстве медицинского работника на 0,75 - 1,0 ставки применять коэффициент 1,0.

Финансирование фельдшерско-акушерских пунктов не осуществляется в случае:

- отсутствия занятой должности медицинского работника физическим лицом или в порядке совместительства;

- отсутствия лицензии на оказание медицинской помощи по адресу фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, кроме передвижных (мобильных);

- при несоблюдении условий о соответствии имеющейся лицензии на ФАП занимаемой должности медицинским работником.

Распределение средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов в i-той МО по n-ой СМО осуществляется пропорционально численности застрахованных лиц, прикрепленных к i-той МО. Фактический объем финансирования каждой МО по n-ой СМО ($ОС\_{ФАП}^{in}$) определяется по формуле:

$ОС\_{ФАП}^{in}$=$ОС\_{ФАП}^{i}$/$Ч^{i}$\*$Ч^{in}$, где

$Ч^{i}$– численность застрахованного прикрепленного к i-той МО населения;

$Ч^{in}$– численность застрахованного прикрепленного к i-той МО населения по n-ой СМО.

В случае, если у фельдшерско-акушерских пунктов в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н, или коэффициент специфики, годовой размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года, и рассчитывается следующим образом:

$ОС\_{ФАП}^{j}=ОС\_{ФАП\_{НГ}}^{j}+(\frac{БНФ\_{ФАП }^{j}×КС\_{БНФ}^{j}}{12}×n\_{МЕС})$, где:

$ОС\_{ФАП}^{j}$ – фактический размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерского пункта;

$ОС\_{ФАП\_{НГ}}^{j}$ – объем средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерского пункта с начала года;

$n\_{МЕС}$ – количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

На основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы финансирования для i-той МО ($ДП\_{Н}^{i}$) по следующей формуле:

$ДП\_{Н}^{i}=ПН\_{БАЗ}×КC\_{заб}^{i}×КД\_{ОТ}^{i}×КУ\_{МО}^{i}×КД^{i}$, где:

$ДП\_{Н}^{i}$ - дифференцированный подушевой норматив для i-той МО, рублей;

$КC\_{заб}^{i}$ - коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения для i-той МО;

$КД\_{ОТ}^{i}$ - коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, для i-той МО;

$КУ\_{МО}^{i}$ - коэффициент уровня i-той МО;

$КД^{i}$ – коэффициент дифференциации для муниципальных образований для i-той МО (Приложение 11 (3.1)).

Половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-той МО ($КД\_{ПВ}^{i})$, рассчитывается по формуле:

$КД\_{ПВ}^{i}=\sum\_{j}^{}(КД\_{ПВ}^{j}×Ч\_{З}^{j})/Ч\_{З}^{i}$, где:

$КД\_{ПВ}^{j}$ - половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для j-той половозрастной группы (подгруппы);

$Ч\_{З}^{j}$ - численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той МО, в j-той половозрастной группе (подгруппе), человек;

$Ч\_{З}^{i}$ - численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той МО, человек.

При этом для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше устанавливается значение половозрастного коэффициента
в размере не менее 1,6 (в случае, если расчетное значение коэффициента потребления медицинской помощи по группам мужчин и женщин 65 лет и старше составляет менее 1,6, значение коэффициента принимается равным 1,6).

Коэффициент дифференциации на прикрепившихся к МО лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i-той МО ($КД\_{ОТ}^{i}) $рассчитывается по формуле:

$КД\_{ОТ}^{i}=\left(1-∑Д\_{ОТj}\right)+∑(КД\_{ОТj}×Д\_{ОТj})$, где

$Д\_{ОТj}$- доля населения, обслуживаемая j-ым подразделением, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (значение от 0 до 1);

$КД\_{ОТj}$ - коэффициент дифференциации, применяемый к j-ому подразделению, расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание
и оплату труда персонала.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, к объему средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением резерва средств на выплаты по итогам оценки результативности деятельности МО) рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК=\frac{ОС\_{ПНФ}×(1-Рез)}{\sum\_{i}^{}(ДП\_{Н}^{i}×Ч\_{З}^{i})}$$

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той МО, имеющей прикрепленное население, рассчитывается по формуле:

$ФДП\_{Н}^{i}= (ДП\_{Н}^{i} ×ПК)/n\_{МЕС}$. где:

$ФДП\_{Н}^{i}$ - фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той МО в месяц, рублей;

nмес – количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

Размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной МО, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования ($ОС\_{ПН}$) определяется по формуле:

$ОС\_{ПН}=ФДП\_{Н}^{i}×Ч\_{З}^{i}+ ОС\_{РД}$, где:

$ОС\_{РД}$ - объем средств, направляемых МО в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке, рублей.

Распределение средств, направляемых на финансовое обеспечение в i-той МО по n-ой СМО, осуществляется пропорционально численности застрахованных лиц, прикрепленных к i-той МО.

МО-прикрепления ежемесячно предоставляет СМО реестры за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях застрахованным по ОМС жителям для оценки выполнения распределенных объемов медицинской помощи в амбулаторных условиях.

Итоговый объем финансового обеспечения ПМСП в конкретной МО определяется следующим образом:

$ФО\_{ФАКТ}^{i}=ОС\_{ДС}^{i}+ОС\_{ПН}×Ч\_{З}^{i}+ОС\_{ФАП}^{i}+ОС\_{ИССЛЕД}^{i}+ ОС\_{НЕОТЛ}^{i}+ОС\_{ЕО}^{i}$, где:

$ФО\_{ФАКТ}^{i}$ - фактический размер финансового обеспечения i-той МО в части оказания ПМСП, рублей;

$ОС\_{ДС}^{i}$ - объем средств, направляемых на оплату ПМСП по КСГ, оказываемой в i-той МО в условиях дневного стационара, рублей;

$ОС\_{ИССЛЕД}^{i}$ - объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)) в соответствии
с нормативами, установленными ТП ОМС, а также комплексных обследований супружеских пар с нарушением репродуктивной функции (бесплодие, невынашивание), комплексных кардиологических обследований, комплексных исследований перед проведением оперативного вмешательства (гинекология, урология), комплексных исследований при ЛОР-заболеваниях, комплексных услуг по профилю «Аллергология-иммунология», комплексной услуги по специализированному нейропсихологическому тестированию, иммуногистохимических исследований, позитронно-эмиссионной томографии (за исключением исследований ЗНО), медицинских услуг детям с врожденной косолапостью по методу Понсети; услуг диализа в i-той МО, рублей;

$ОС\_{НЕОТЛ}^{i}$ - объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в i-той МО, рублей;

$ОС\_{ЕО}^{i}$ - объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в i-той МО в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в Красноярском крае лицам (за исключением $ОС\_{ИССЛЕД}^{i}$), рублей.

* 1. **СВЕДЕНИЯ О ПРИМЕНЕНИИ СПОСОБОВ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ
	В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ И В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА.**

Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), оказывающие медицинскую помощь
в стационарных условиях(Приложение 7 (2.2.)).

Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), оказывающие медицинскую помощь в условиях дневного стационара(Приложение 8 (2.2.)).

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ (Сксг) определяется по формуле:

- за исключением КСГ, в составе которых установлены доли заработной платы и прочих расходов:

$С\_{КСГ}=БС х КД х \left(КЗ\_{КСГ} х КС\_{КСГ} х КУС\_{МО}+КСЛП\right)$;

- в составе которых установлены доли заработной платы и прочих расходов (Приложение 28 (3.4):

$С\_{КСГ}=БС х КЗ\_{КСГ} х \left(\left(1- Д\_{ЗП}\right)+ Д\_{ЗП} х КС\_{КСГ} х КУС\_{МО} х КД^{i}\right)+БС х КД^{i} х КСЛП$, где:

БС – размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, в стационарных условиях или в условиях дневного стационара, рублей (Раздел 3.4);

КЗксг – коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации (устанавливается на федеральном уровне в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты) (Приложения 26 (3.4), 27 (3.4));

$КС\_{КСГ}$ – коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (Приложение 36 (3.4));

$КУС\_{МО}$ – коэффициент уровня (подуровня) МО, в которой был пролечен пациент (Приложение 37 (3.4));

$КД^{i}$ - коэффициент дифференциации для муниципальных образований для i-той МО (Приложение 11 (3.1));

Дзп – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (Приложение 29 (3.4));

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП), учитывающий случаи, для которых установлен коэффициент (Приложение 38 (3.4)).

В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к ВМП осуществляется при соответствии наименования вида ВМП, кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе государственных гаратий
в рамках перечня видов ВМП, содержащего, в том числе, методы лечения и источники финансового обеспечения ВМП (далее – Перечень ВМП). В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню ВМП, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, исходя из выполненного хирургического вмешательства и (или) других применяемых медицинских технологий.

Стоимость законченного случая оказания ВМП рассчитывается, исходя из финансового норматива, установленного в соответствии
с Программой государственных гарантий, с указанием кода ВМП, наименования вида ВМП, перечня нозологий, модели пациента, вида лечения, метода лечения.

Норматив финансовых затрат на единицу объема i-той группы ВМП ($N\_{ВМП}^{i}$) определяется по формуле:

$N\_{ВМП}^{i}$ =$НФЗ\_{ВМП}^{i}$ х ((1 - $Д\_{ЗП}^{i}$) + $Д\_{ЗП}^{i}$ х $КД^{i}$), где

$НФЗ\_{ВМП}^{i} $– норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления i-той ВМП, в соответствии с Программой государственных гарантий;

$Д\_{ЗП}^{i}$ – доля заработной платы, установленная на федеральном уровне, индексируемая на коэффициент дифференциации для муниципальных образований для i-той МО (Раздел 1 Приложения 1 к Программе государственных гарантий);

$КД^{i}$ - коэффициент дифференциации для муниципальных образований для i-той МО (Приложение 11 (3.1)).

* 1. **СВЕДЕНИЯ О ПРИМЕНЕНИИ СПОСОБОВ ОПЛАТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ ВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.**

Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи. (Приложение 9 (2.3.)).

Объем средств на оплату СМП по подушевому нормативу финансирования СМП, оказываемой вне МО, МО, участвующими
в реализации ТП ОМС, ($ОС\_{СМП}$) рассчитывается по следующей формуле:

$ОС\_{СМП}=\left(Но\_{СМП} х Нфз\_{СМП}\right)х Ч\_{З}- ОС\_{МТР}$, где

НоСМП - средний норматив объема СМП вне МО, установленный ТП ОМС, вызовов;

НфзСМП - средний норматив финансовых затрат на единицу объема СМП вне МО, установленный ТП ОМС, рублей;

ОСМТР - объем средств, направляемых на оплату СМП вне МО, оказываемой застрахованным лицам за пределами территории страхования, рублей;

Чз - численность застрахованного населения Красноярского края.

Размер среднего подушевого норматива финансирования СМП, оказанной вне МО ($ФО\_{СР}^{СМП}$), рассчитывается по следующей формуле:

$ФО\_{СР}^{СМП}$ = $\frac{ОС\_{СМП}}{Ч\_{З}}$

Базовый подушевой норматив финансирования СМП, оказываемой вне МО, рассчитывается исходя из объема средств на оплату СМП, оказываемой вне МО, МО, участвующими в реализации ТП ОМС ($ПН\_{БАЗ}$):

$ПН\_{БАЗ}$ = $\frac{ОС\_{СМП}- ОС\_{В}}{Ч\_{З} х КД}$, где:

ОСВ - объем средств, направляемых на оплату СМП вне МО застрахованным лицам в Красноярском крае за вызов, рублей;

КД – коэффициент дифференциации.

На основе базового подушевого норматива финансирования СМП, оказываемой вне МО, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования СМП для i-той МО ($ДПн^{i}$):

$ДПн^{i}= ПН\_{БАЗ} х КС\_{СМП}^{i} х КД^{i}$, где:

$КС\_{СМП}^{i}$ - коэффициент специфики оказания СМП i-той МО;

КДi – коэффициент дифференциации для муниципальных образований для i-той МО (Приложение 11 (3.1));

Коэффициент специфики оказания СМП ($КС\_{СМП}^{i})$ определяется для каждой МО по следующей формуле:

$КС\_{СМП}^{i}$=КДпв × КУмо × КДпн, где:

КДпв - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей МО;

КДмо – коэффициент уровня i-той МО;

КДпн – коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность населения, транспортную доступность МО, климатические и географические особенности отдельных территорий субъекта РФ.

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

$ПК=\frac{Пн\_{БАЗ} х Ч\_{З} х КД}{\sum\_{i}^{}(ДПн^{i} х Ч\_{З}^{i})}$, где:

 - численность застрахованных лиц, обслуживаемых i-той МО, человек.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования СМП вне МО для группы (подгруппы) МО ($ФДПн^{i}$) рассчитывается по формуле:

$$ФДПн^{i}=ДПн^{i}×ПК$$

Размер финансового обеспечения МО, оказывающей СМП вне МО (ФО$смп$), определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива, численности обслуживаемого населения, а также объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется
за вызов по следующей формуле:

, где:

ЧзПР - численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной МО, человек.

Для учета объемов и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий оказания СМП МО направляет в СМО и Фонд сведения об оказанной медицинской помощи, МО ежемесячно формирует и направляет в СМО cчет на оплату медицинской помощи.

Оплата СМП, оказанной вне МО, при проведении тромболитической терапии осуществляется по установленным тарифам
за фактически выполненные объемы с учетом применяемого тромболитического препарата.

**2.4. СВЕДЕНИЯ О ПРИМЕНЕНИИ СПОСОБА ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОДУШЕВОМУ НОРМАТИВУ ФИНАНСИРОВАНИЯ НА ПРИКРЕПИВШИХСЯ ЛИЦ ПО ВСЕМ ВИДАМ И УСЛОВИЯМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ИМЕЮЩИХ В СВОЕМ СОСТАВЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ, СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ И В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА, А ТАКЖЕ МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ.**

Медицинские организации, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования
на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (Приложение 10 (2.4)).

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования на прикрепившихся к МО лиц по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи для i-той МО, имеющей прикрепленное население, в месяц ($ФДП\_{ВВП}^{i}) $рассчитывается по формуле:

$ФДП\_{ВВП}^{i}=\left(ФДП\_{Н}^{i}×((1+(КУ\_{неотл}^{i}-1\right)+\left(КУ\_{ДС}^{i}-1\right)+(КУ\_{КС}^{i}-1))/n\_{МЕС}$. где:

$КУ\_{неотл}^{i}$ - коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на финансовое обеспечение
МП в неотложной форме для i-ой МО;

$КУ\_{ДС}^{i}- $коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на финансовое обеспечение
МП в условиях дневного стационара для i-ой МО;

$КУ\_{КС}^{i}- $коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на финансовое обеспечение
МП в условиях круглосуточного стационара для i-ой МО;

nмес – количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

Размер финансового обеспечения МО, с учетом показателей результативности деятельности МО (включая показатели объема медицинской помощи), определяется по формуле:

$ОС\_{ВВП}=ФДП\_{ВВП}^{i}×Ч\_{З}^{i}×(1-Д\_{РД})+С\_{доп}^{i}$, где:

$ОС\_{ВВП}$ - финансовое обеспечение МО, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования по всем видам
и условиям предоставляемой медицинской помощи, рублей;

$Д\_{РД}$. - доля средств, направляемых на выплаты МО в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности;

$С\_{доп}^{i}$ - размер средств на дополнительное финансирование, рублей.

Распределение средств, направляемых на финансовое обеспечение в i-той МО по n-ой СМО осуществляется пропорционально численности застрахованных лиц, прикрепленных к i-той МО.

СМО при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования с включением оплаты всех видов медицинской помощи определяет объем финансового обеспечения МО с учетом взаиморасчетов за оказанные медицинские услуги и результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС и направляет в МО расчет в соответствии с Порядком информационного обмена.

Порядок проведения межучрежденческих расчетов за оказанную медицинскую помощь определен Порядком информационного обмена в системе ОМС Красноярского края.

**РАЗДЕЛ 3.**

# **РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ.**

**3.1. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СООТВЕТСТВИИ С МЕТОДИКОЙ РАСЧЕТА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.**

Формирование тарифов осуществляется в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, утвержденной Правилами ОМС.

Тарифы на медицинские услуги являются едиными для всех СМО, оплачивающих медицинскую помощь, оказанную гражданам
в МО Красноярского края.

Тарифы включают в себя статьи затрат, установленные ТП ОМС Красноярского края.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в МО лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в МО), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников МО, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы
на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей
за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у МО не погашенной
в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств ОМС.

В расчет тарифов включаются затраты МО, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи и потребляемые
в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности МО, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

Основанием для корректировки (индексации) тарифов на оплату медицинской помощи по всем условиям ее оказания, включая подушевые нормативы финансирования, в течение финансового года, служит:

внесение изменений в ТП ОМС в части изменения нормативов объемов медицинской помощи и/или финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи,

изменение доходной части бюджета Фонда, за исключением доходов, носящих целевое назначение и не включенных в стоимость
ТП ОМС,

существенное отклонение фактической стоимости оказываемой медицинской помощи от расчетной в целях обеспечения сбалансированности объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения.

Корректировка (индексация) тарифов возможна только при наличии дополнительных источников финансового обеспечения. Решения о корректировке (индексации) тарифов принимает Комиссия.

Стороны Комиссии могут вносить предложение на рассмотрение Комиссии по изменению тарифов на медицинскую помощь
по вышеизложенным основаниям.

МО обязана вести раздельный учет средств ОМС, в том числе раздельное ведение бухгалтерского учета поступивших
и израсходованных средств ОМС от других источников финансирования (бюджетного, от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности).

Средства ОМС учитываются на отдельном лицевом счете, открытом в установленном порядке в органе федерального казначейства или финансовом органе субъекта Российской Федерации, а также отдельном лицевом или расчетном счете государственного автономного учреждения здравоохранения, на отдельном расчетном счете МО иной формы собственности.

**Коэффициенты дифференциации для муниципальных образований.**

В соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты, коэффициент дифференциации для муниципальных образований отражает уровень заработной платы, стоимости жилищно-коммунальных услуг и уровня цен по муниципальным образованиям Красноярского края. Порядок расчета коэффициента определен постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС на осуществление переданных органам государственной власти субъектов РФ полномочий РФ в сфере ОМС».

На территории Красноярского края установлено несколько районных коэффициентов к заработной плате и процентных надбавок
к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также расчетных коэффициентов стоимости жилищно-коммунальных услуг и коэффициентов уровня цен. При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи для МО учитываются значения вышеперечисленных показателей, установленные для территории, на которой расположена МО.

Исходная информация для расчета коэффициента дифференциации для муниципальных образований (коэффициент стоимости жилищно-коммунальных услуг, коэффициент уровня цен), взята из Приложения 11 «Расчетные файлы к проекту Закона Красноярского края «О краевом бюджете на 2023 год и плановый период 2024-2025 годов»», размещенного на официальном сайте Министерства финансов Красноярского края <http://www.krskstate.ru/zakonprojekts/documents/0/doc/89186>.

Размер коэффициентов дифференциации расходов медицинских организаций в зависимости от уровня заработной платы (районного коэффициента к заработной плате и процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях), уровня цен и стоимости жилищно-коммунальных услуг на 2023 год устанослен в соответствии с Разделом 6 ТПГГ.

Коэффициенты дифференциации для муниципальных образований представлены в Приложении 11 (3.1.)).

**3.2. УСТАНОВЛЕНИЕ ТАРИФОВ ДЛЯ ОПЛАТЫ УСЛУГ ДИАЛИЗА.**

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата осуществляется:

- в амбулаторных условиях за услугу диализа;

- в условиях дневного стационара за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание;

- в стационарных условиях за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации.

Тарифы для оплаты услуг диализа (Приложение 12 (3.2)).

Базовые тарифы для оплаты услуг диализа рассчитаны в соответствии с разделом XII «Методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС» Правил ОМС, по следующим услугам:

А18.05.002 «Гемодиализ» - 5 876 рублей;

A18.30.001 «Перитонеальный диализ» - 3 834 рублей.

Расчет стоимости тарифов для оплаты остальных услуг диализа (Тг) производится по формуле:

Тг = Бт \* Кз \* (Дзп \* $КД^{i}$ + (1 - Дзп)), где:

Бт – базовый тариф для оплаты услуг диализа (абзацы 6, 7 подраздела 3.2);

Кз – коэффициент относительной затратоемкости (Приложение 13 (3.2));

Дзп – значение средней индексируемой доли заработной платы (Приложение 13 (3.2));

$КД^{i}$ - коэффициент дифференциации для муниципальных образований для i-той МО (Приложение 11 (3.1.)).

**3.3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.**

При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются способы оплаты, установленные Разделом 2 Тарифного соглашения.

**В рамках подушевого норматива финансирования осуществляется медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях прикрепленному населению:**

- посещения с иными целями, в том числе при проведении второго этапа диспансеризации;

- обращения по поводу заболевания;

- посещение «Центров здоровья»;

- телемедицинские услуги;

- диагностические (лабораторные) исследования для проведения межучрежденческих расчетов в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н, за исключением исследований, оплачиваемых за единицу объема (Приложение 14 (3.3)).

**Единицами объема медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях, оплачиваемых по тарифам**, являются:

- посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме;

- посещение с иными целями, обращение по заболеванию для МО (структурных подразделений МО), не имеющих прикрепившихся лиц (женские консультации, травматологические пункты, стоматологические поликлиники, консультативные поликлиники, приемные отделения стационаров), структурные подразделения МО, оказывающие стоматологическую помощь, для отдельных МО, организованных как межрайонные центры, в соответствии с приказами органа исполнительной власти субъекта;

- профилактические медицинские осмотры;

- диспансеризация, в том числе углубленная диспансеризация;

- диспансерное наблюдение отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

- тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- услуга диализа;

- комплексное посещение по медицинской реабилитации;

- медицинская услуга: комплексные обследования супружеских пар с нарушением репродуктивной функции (бесплодие, невынашивание), комплексные кардиологические обследования, комплексные исследования перед проведением оперативного вмешательства (гинекология, урология), комплексные исследования при ЛОР-заболеваниях, комплексные услуги по профилю «Аллергология-иммунология», комплексные услуги по специализированному нейропсихологическому тестированию, иммуногистохимические исследования, позитронно-эмиссионная томография ( за исключением исследований ЗНО), медицинские услуги детям с врожденной косолапостью по методу Понсети;

- диагностические (лабораторные) исследования: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования
и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала, в соответствии с нормативами, установленными ТП ОМС.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала), комплексных обследований супружеских пар с нарушением репродуктивной функции (бесплодие, невынашивание), комплексных кардиологических обследований, комплексных исследований перед проведением оперативного вмешательства (гинекология, урология), комплексных исследований при ЛОР-заболеваниях, комплексных услуг по профилю «Аллергология-иммунология», комплексной услуги по специализированному нейропсихологическому тестированию, иммуногистохимических исследований, позитронно-эмиссионной томографии (за исключением исследований ЗНО), медицинских услуг детям с врожденной косолапостью по методу Понсети, услуг диализа, тестирований на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации осуществляется лечащим врачом, оказывающим ПМСП, в том числе специализированную ПМСП, при наличии медицинских показаний, в сроки, установленные ТПГГ.

Порядок направления на исследования устанавливается нормативным правовым актом Министерства здравоохранения Красноярского края.

**Средний размер подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо.**

Размер среднего подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях ($ФО\_{СР}^{АМБ}$) составляет:

за исключением медицинской реабилитации 8 957,75 рубля,

медицинская реабилитация 88,91 рубля.

Размер среднего подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта РФ.

Размер базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях на прикрепившихся лиц($ПН\_{БАЗ})$ составляет на год 2 211,03 рубля (184,25 рубля в месяц)».

Поправочный коэффициент к объему средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на выплаты по итогам оценки результативности деятельности МО) в целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (ПК) в размере 1,1225956658.

Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях i-той МО к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, учитывающие следующие критерии: уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения ($КС\_{заб}^{i}$), наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала ($КД\_{от}^{i}$), проведение МО профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц ($КС\_{проф}^{i}$) (Приложение 17 (3.3)).

Коэффициенты дифференциации для муниципальных образований, применяемые к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц ($КД^{i}$) (Приложение 17 (3.3)).

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи
в амбулаторных условиях:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Показатель | Итого | в том числе по группам застрахованных лиц |
| дети | взрослые |
| 0-1 года | 1-4 лет | 5-17 лет | 18 - 44 | 45-64 | 65 лет и старше |
| Муж. | Жен. | Муж. | Жен. | Муж. | Жен. | Муж. | Жен. | Муж. | Жен. | Муж. | Жен. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1 | Затраты на оплату медицинской помощи за январь-ноябрь 2022 года, тыс. рублей | 5191519,8  | 70 938,2  | 64 619,3 | 289 131,9 | 267 193,9 | 624 359,6 | 600 770,0 | 391 699,6 | 821 573,3 | 387114,8 | 775969,2 | 255240,6 | 642909,4 |
| 2 | Численность застрахованных прикрепленных лиц на 01.01.2022, человек | 2830234,0 | 13 385 | 12 562 | 64 165  | 60 758  | 243 573 | 230 511 | 524 937 | 534 808 | 339 058 | 399 445 | 135 446 | 271 586 |
| 3 | Размер затрат на оплату МП на 1 застрахованного в месяц, рублей | 166,8 | 481,8 | 467,6 | 409,6 | 399,8 | 233,0 | 236,9 | 67,8 | 139,7 | 103,8 | 176,6 | 171,3 | 215,2 |
| 4 | Коэффициенты дифференциации для половозрастной группы | 1,000 | 2,888 | 2,803 | 2,456 | 2,397 | 1,397 | 1,420 | 0,406 | 0,838 | 0,622 | 1,059 | 1,600 | 1,600 |

Коэффициенты уровня МО, применяемые к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц для i-той МО ($КУ\_{МО}^{i}$) (Приложение 17 (3.3)).

Половозрастные коэффициенты дифференциации ($КД\_{ПВ}^{i})$ и коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к МО лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах
с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, для i-той МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях ($КД\_{ОТ}^{i}$) (Приложение 17 (3.3)).

Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той
МО (Приложение 17 (3.3)).

Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений МО - фельдшерско-акушерских пунктов с учетом применения коэффициента дифференциации при условии их соответствия требованиям, установленным Приказом
№ 543н, на 2023 год составляет:

ФАП, обслуживающий от 100 до 900 жителей, – 1 775,4 тыс. рублей;

ФАП, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, – 2 812,8 тыс. рублей;

ФАП, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, – 3 158,4 тыс. рублей.

Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений МО - фельдшерско-акушерских пунктов с учетом применения коэффициента дифференциации, рассчитанные с применением коэффициента уровня МО, составляют:

ФАП, обслуживающий менее 100 жителей, – 1 242,8 тыс. руб. (применен понижающий коэффициент уровня МО к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение ФАП, обслуживающего от 100 до 900 жителей – 0,7);

ФАП, обслуживающий более 2000 жителей, – 3 790,1 тыс. руб. (применен повышающий коэффициент уровня МО к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение ФАП, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей – 1,2).

Коэффициенты дифференциации для муниципальных образований, применяемые к базовому нормативу финансовых затрат
на финансовое обеспечение структурных подразделений i-той МО ($КД^{i}$) (Приложение 5 (2.1)).

Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений МО - фельдшерско-акушерских пунктов с учетом применения коэффициента дифференциации для муниципальных образований ($БНФ\_{ФАП}^{n}$) (Приложение 5 (2.1)).

Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, применяемые к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений i-той МО, учитывающие критерии соответствия их требованиям, установленным
Приказом № 543н ($КС\_{БНФ}^{n}$) (Приложение 5 (2.1)).

**Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи** **(медицинская услуга, услуга диализа, посещение, обращение (законченный случай), комплексное посещение)), применяемые, в том числе, для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Красноярского края лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.**

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала), комплексных обследований супружеских пар с нарушением репродуктивной функции (бесплодие, невынашивание), комплексных кардиологических обследований, комплексных исследований перед проведением оперативного вмешательства (гинекология, урология), комплексных исследований при ЛОР-заболеваниях, комплексных услуг по профилю «Аллергология-иммунология», комплексной услуги по специализированному нейропсихологическому тестированию, иммуногистохимических исследований, позитронно-эмиссионной томографии (за исключением исследований ЗНО), медицинских услуг детям с врожденной косолапостью по методу Понсети, услуг диализа, тестирований на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, диспансерного наблюдения осуществляется лечащим врачом, оказывающим ПМСП, в том числе специализированную ПМСП, при наличии медицинских показаний, в сроки, установленные ТПГГ.

Порядок направления на исследования устанавливается нормативным правовым актом Министерства здравоохранения Красноярского края.

**Тарифы на диагностические (лабораторные) исследования, в том числе с применением телемедицинских технологий.**

Установление тарифов на отдельные медицинские услуги осуществляется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения РФ от 13.10.2017 №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

Расчет тарифов на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий осуществляется дифференцированно
по видам консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий, определенных Порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2017 № 965н:

- консультация (консилиум врачей) при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой;

- консультация при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой с применением телемедицинских технологий в целях вынесения заключения по результатам диагностических (лабораторных) исследований;

- консультация при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями.

Расчет тарифов на диагностические (лабораторные) исследования, в том числе с применением телемедицинских технологий ($Т\_{ДУ}^{i}$) осуществляется дифференцированно по видам (методам) исследований (услуг) по формуле:

$Т\_{ДУ}^{i} $= ($БТ^{i}$ \* $КЗ^{i}$ \* Д \* $КД^{i}$) + ($БТ^{i}$ \* $КЗ^{i}$ \* (1-Д)), где

$БТ^{i}$ – базовый тариф i-того диагностического (лабораторного) исследования, рублей;

$КЗ^{i}$ – коэффициент затратоемкости i-того диагностического (лабораторного) исследования;

Д – доля, индексируемая на коэффициент дифференциации для муниципальных образований;

$КД^{i}$ – коэффициент дифференциации для муниципальных образований для i-той МО (Приложение 11 (3.1.)).

При проведении диагностических (лабораторных) исследований мобильными медицинскими бригадами и при организации работы
в выходные дни применяется поправочный коэффициент ($ПК\_{моб}$), установленный в размере:

1,10 для всех видов (методов) диагностических (лабораторных) исследований, за исключением компьютерной томографии;

1,20 для компьютерной томографии.

$Т\_{ДУмоб}^{i} $= (($БТ^{i}$ \* $КЗ^{i}$ \* Д \* $КД^{i}$) + ($БТ^{i}$ \* $КЗ^{i}$ \* (1-Д)))\*$ПК\_{моб}$

Тарифы на диагностические (лабораторные) исследования для проведения межучрежденческих и межтерриториальных расчетов,
в том числе с применением телемедицинских технологий и для проведения диагностических (лабораторных) исследований, включенных
в соответствующую КСГ, для стационарных пациентов (Приложение 14 (3.3)).

Тарифы на диагностические (лабораторные) исследования, исключенные из подушевого норматива финансирования МО (Приложение 15 (3.3)).

**Тариф для оплаты услуг диализа.**

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в амбулаторных условиях, оплата осуществляется за услугу диализа/день обмена. Расчет тарифов для оплаты услуг диализа осуществляется в соответствии с Разделом 3.2 Тарифного соглашения.

Тарифы для оплаты услуг диализа (Приложение 12 (3.2)).

**Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи** **(посещение, обращение (законченный случай)).**

Стоимость одного посещения при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (Приложение 18 (3.3)) с учетом применяемых коэффициентов:

относительных коэффициентов стоимости одного посещения по специальностям, в соответствии с Приложением 8 к письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.01.2022 № 11-7/И/2-275 «О формированиии экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;

коэффициентов подуровня, к которому относится i-тая МО (применяется для расчета стоимости посещений с иными целями
и обращений по заболеваниям) (Приложение 16 (3.3)). Для расчета стоимости посещений в неотложной форме и по стоматологической медицинской помощи коэффициент подуровня не применяется;

коэффициентов дифференциации для муниципальных образований (Приложение 11 (3.1));

поправочного коэффициента при оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами и при организации работы в выходные дни, установленного в значении 1,10.

Тарифы на медицинские услуги «Центров здоровья» (Приложение 19 (3.3)).

Для МО, в составе которых на функциональной основе созданы Центры здоровья, единицей объема ПМСП является посещение.

Оплата ПМСП, оказанной в Центрах здоровья, осуществляется на основе счетов реестров, заполненных в соответствии
с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (Х пересмотра) по классу «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в организации здравоохранения (z00-z99)».

**Тарифы для оплаты профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации.**

Расчет тарифов для оплаты диспансеризации и профилактических медицинских осмотров ($Т\_{ДД}^{i}$) осуществляется дифференцированно по полу и возрасту по формуле:

$Т\_{ДД}^{i} $= ($БТ^{i}$ \* $КЗ^{i}$ \* Д \* $КД^{i}$) + ($БТ^{i}$ \* $КЗ^{i}$ \* (1-Д)), где

$БТ^{i}$ – базовый тариф на проведение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, рублей;

$КЗ^{i}$ – коэффициент затратоемкости, учитывающий проведение осмотров (консультаций), исследований и иных медицинских вмешаельств в зависимости от пола в определенные возрастные периоды;

Д – доля, индексируемая на коэффициент дифференциации для муниципальных образований;

$КД^{i}$ – коэффициент дифференциации для муниципальных образований для i-той МО (Приложение 11 (3.1.)).

Расчет тарифов на углубленную диспансеризацию ($Т\_{УД}^{i}$) осуществляется по формуле:

$Т\_{УД}^{i}=\left(БТ\_{уд}^{i}\* КЗ^{i}\*Д\* КД^{i}\right)+ \left(БТ\_{уд}^{i}\* КЗ^{i}\*(1-Д)\right),$где

$БТ\_{уд}^{i}$ - рекомендуемая стоимость исследований и медицинских вмешательств, включенных в углубленную диспансеризацию, установленная Методическими рекомендациями по способам оплаты;

$КЗ^{i}$ – коэффициент затратоемкости, учитывающий проведение осмотров (консультаций), исследований и иных медицинских вмешаельств.

При проведении диагностических (лабораторных) исследований мобильными медицинскими бригадами и при организации работы
в выходные дни применяется поправочный коэффициент ($ПК\_{моб}$), установленный в размере:

1,10 для всех видов (методов) диагностических (лабораторных) исследований, за исключением компьютерной томографии;

1,20 для компьютерной томографии.

Расчет тарифов, с учетом применения поправочного коэффициента ($ПК\_{моб}$), осуществляется по формуле:

- для оплаты диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, проводимых мобильными медицинскими бригадами
и при организации работы в выходные дни ($Т\_{ДД моб}^{i}$):

$Т\_{ДД моб}^{i} $= $Т\_{ДД}^{i} $\* $ПК\_{моб}$ ;

- для оплаты углубленной диспансеризации, проводимой мобильными медицинскими бригадами и при организации работы
в выходные дни ($Т\_{УД моб}^{i})$:

$Т\_{УД моб}^{i}=Т\_{УД}^{i} $\*$ ПК\_{моб}$

Тарифы для оплаты диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе для граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) (Приложение 20 (3.3.)).

Тарифы для оплаты профилактических медицинских осмотров взрослого населения (Приложение 21 (3.3.)).

Проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 №404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» и нормативными документами Министерства здравоохранения Красноярского края.

Сроки подачи комплексного посещения по диспансеризации (1 этап) не должны превышать 1 календарного дня с момента
ее окончания.

Сроки подачи посещений по 2 этапу диспансеризации не должны превышать 30 календарных дней с момента проведения
1 этапа.

Проведение углубленной диспансеризации осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.07.2021 № 698н «Об утверждении порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 №404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра
и диспансеризации определенных групп взрослого населения», Методическим пособием Министерства здравоохранения Российской Федерации по проведению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, углубленной диспансеризации для граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) и нормативными документами Министерства здравоохранения Красноярского края.

В дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), а также лица, в отношении которых отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства
по перечню согласно приложению № 10 к ТПГГ.

Тарифы для оплаты диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых
под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (Приложение 22 (3.3.)).

Диспансеризация детей-сирот, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью,осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»
и региональными нормативными документами Министерства здравоохранения Красноярского края.

Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.04.2022 № 275н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство),
в приемную или патронатную семью» и региональными нормативными документами Министерства здравоохранения Красноярского края.

Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних(Приложение 23 (3.3.)).

Медицинские осмотры детейосуществляются в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»(далее – Порядок)
и региональными нормативными документами Министерства здравоохранения Красноярского края.

**Тарифы для оплаты диспансерного наблюдения.**

Расчет тарифов для оплаты диспансерного наблюдения ($Т\_{ДН}^{i}$) осуществляется дифференцированно по заболеваниям/состояниям,
по полу и возрасту по формуле:

$Т\_{ДН}^{i} $= ($БТ^{i}$ \* $КЗ^{i}$ \* Д \* $КД^{i}$) + ($БТ^{i}$ \* $КЗ^{i}$ \* (1-Д)), где

$БТ^{i}$ – базовый тариф на проведение диспансерного наблюдения, рублей;

$КЗ^{i}$ – коэффициент затратоемкости, учитывающий проведение осмотров (консультаций), диагностических (лабораторных) исследований в соответствии с определенной кратностью в зависимости от заболеваний, состояний, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение, пол;

Д – доля, индексируемая на коэффициент дифференциации для муниципальных образований;

$КД^{i}$ – коэффициент дифференциации для муниципальных образований для i-той МО (Приложение 11 (3.1.)).

Тарифы для оплаты диспансерного наблюдения (Приложение 24 (3.3.).

Диспансерное наблюдение отдельных категорий граждан из числа взрослого населения осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями» и нормативными документами Министерства здравоохранения Красноярского края.

**Тарифы на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях.**

Медицинская реабилитация проводится в амбулаторно-поликлинических условиях в МО и структурных подразделениях
МО, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Оплата медицинской реабилитации осуществляется дифференцированно в зависимости от:

- состояния пациента по ШРМ (2-3);

- заболевания (профиля заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация;

- медицинского персонала, проводящего медицинскую реабилитацию.

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях:

**100%** тарифа оплачивается при одновременном выполнении следующих условий:

не менее 2 посещений врача-реабилитолога (специальность физическая и реабилитационная медицина), либо врача по профильной специальности: врач-терапевт (врач-педиатр), врач-пульмонолог - при медицинской реабилитации после перенесенной коронавирусной инфекции (COVID-19), врач-кардиолог - при кардиореабилитации, врач-травматолог-ортопед - при медицинской реабилитации пациентов
с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы, врач-невролог - при нейрореабилитации пациентов
с заболеваниями центральной нервной системы, в том числе для детей;

оказание не менее 10 медицинских услуг (любых);

длительность случая лечения составила не менее 10 рабочих дней.

**50%** тарифа (прерванные случаи) оплачивается при одновременном выполнении следующих условий:

не менее 1 посещения врача-реабилитолога (специальность физическая и реабилитационная медицина), либо врача по профильной специальности: врач-терапевт (врач-педиатр), врач-пульмонолог - при медицинской реабилитации после перенесенной коронавирусной инфекции (COVID-19), врач-кардиолог - при кардиореабилитации, врач-травматолог-ортопед - при медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы, врач-невролог - при нейрореабилитации пациентов с заболеваниями центральной нервной системы, в том числе для детей;

оказание не менее 5 медицинских услуг (любых);

длительность случая лечения составила не менее 5 рабочих дней.

В остальных случаях лечение может быть подано как посещение с иными целями/ обращение в связи с заболеванием
по соответствующей специальности.

Тарифы на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях (Приложение
15 (3.3.)).

**Тарифы на оплату первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи.**

Для специальностей «Стоматология», «Стоматология (среднее образование)», «Стоматология терапевтическая», «Стоматология хирургическая», «Стоматология детская» расчет стоимости посещения и обращения по заболеваниям производится с учетом количества УЕТ (условных единиц трудоемкости) и стоимости 1 УЕТ.

Стоматологическая медицинская помощь учитывается в УЕТ в соответствии со средним количеством УЕТ в одной медицинской услуге, применяемым для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях.(Приложение 25 (3.3.)).

При пятидневной рабочей неделе врач ежедневно выполняет 38,5 УЕТ. За 1 УЕТ принимаются 10 минут. При этом для учета случаев лечения обязательно используется следующее правило: один визит пациента является одним посещением. Количество УЕТ должно соответствовать времени приема пациента. Например, прием в течение 30 минут не должет превышать 3 УЕТ.

Превышение количества УЕТ в смену более чем на 20% подлежит экспертизе.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи) и критерии их оценки (включая целевые значения). порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за достижение соответствующих показателей устанавливается в соответствии с Разделом 3.7.

**3.4. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ
В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ**  **И В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА.**

При оплате медицинской помощи, оказанной стационарных условиях и в условиях дневного стационара, применяются способы оплаты, установленные Разделом 2 Тарифного соглашения.

Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях, установленный ТП ОМС, составляет:

за исключением медицинской реабилитации 60 406,7 рубля,

медицинская реабилитация 65 771,7 рубля.

Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара, установленный ТП ОМС, составляет:

за исключением медицинской реабилитации 37 873,3 рубля,

медицинская реабилитация 36 157,2 рубля.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, установленный ТП ОМС, составляет:

за исключением медицинской реабилитации 9 942,2 рубля,

медицинская реабилитация 356,9 рубля.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, установленный ТП ОМС, составляет:

за исключением медицинской реабилитации 2 570,2 рубля,

медицинская реабилитация 94,0 рубля.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, составляет:

за исключением медицинской реабилитации 9 658,52 рубля,

медицинская реабилитация 324,64 рубля.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, составляет:

за исключением медицинской реабилитации 2 528,17 рубля,

медицинская реабилитация 93,29 рубля.

Установленные средние размеры финансового обеспечения медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, не включают средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта РФ.

Размер базовой ставки в стационарных условиях для МО, участвующих в реализации ТП ОМС, составляет:

без учета коэффициента дифференциации 27 500,00 рубля,

с учетом коэффициента дифференциации 41 580,00 рубля.

Размер базовой ставки в условиях дневного стационара для МО, участвующих в реализации ТП ОМС, составляет:

без учета коэффициента дифференциации составляет 15 030,00 рубля,

с учетом коэффициента дифференциации 22 725,36 рубля.

Коэффициент дифференциации 1,512 (Приложение 11 (3.1)).

Значение коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях к базовой ставке, исключающей влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости
и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации и коэффициента сложности лечения пациентов – 0,68833.

Значение коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара к базовой ставке, исключающей влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации и коэффициента сложности лечения пациентов – 0,60.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в стационарных условиях и в условиях дневного стационара оплата и расчет тарифов для оплаты услуг диализа осуществляется в соответствии с Разделом 3.2 Тарифного соглашения.

Тарифы для оплаты услуг диализа (Приложение 12 (3.2.)).

Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ в стационарных условиях, с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (Приложение 26 (3.4.)).

Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ в условиях дневного стационара с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (Приложение 27 (3.4)).

Тарифы на оплату медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (Приложение 28 (3.4)).

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (Приложение 29 (3.4)).

Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (Приложение 30 (3.4)).

Перечень КСГ в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию (Приложение 31 (3.4)).

Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги в стационарных условиях и в условиях дневного стационара(Приложение 32 (3.4)).

Классификатор региональных подгрупп КСГ в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (Приложение 35 (3.4)).

**Поправочные коэффициенты оплаты медицинской помощи.**

Коэффициенты специфики для оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (Приложение 36 (3.4)), установлены в соответствии с требованиями Методических рекомендаций по способам оплаты
(за исключением перечня КСГ, к которым в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты, не применяются понижающие и повышающие коэффициенты специфики) и применяются к КСГ в целом и являются едиными для всех уровней оказания медицинской помощи. К подгруппам в составе КСГ коэффициенты специфики не применяются.

Для МО и (или) структурных подразделений МО, расположенных на территории ЗАТО, коэффициент специфики, установленный
в размере менее 1,2 (в том числе в размере 1,0; в том числе к подгруппам в составе КСГ) принимается равным 1,2.

Коэффициенты подуровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (Приложение 37 (3.4.)) установлены с соблюдением требований Методических рекомендаций по способам оплаты в границах:

для МО (структурных подразделений) 1-го уровня – от 0,8 до 1,0;

для МО (структурных подразделений) 2-го уровня – от 0,9 до 1,2;

для МО (структурных подразделений) 3-го уровня – от 1,1 до 1,4.

Средневзвешенные значения коэффициентов уровня оказания медицинской помощи с учетом выделения подуровней при этом
не превышают средние значения коэффициентов уровня, установленные Методическими рекомендациями по способам оплаты.

В соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты, к отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне либо имеющие высокую степень стандартизации медицинских технологий,
и предусматривающие (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи коэффициент уровня (подуровня) при оплате не применяется (принимается равным 1).

Перечень КСГ в стационарных условиях и условиях дневного стационара, к которым не применяется коэффициент подуровня (Приложения 33 (3.4), 34 (3.4)).

Коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) установлены на федеральном уровне и применяются к отдельным случаям оказания медицинской помощи на основании объективных критериев (Приложение 38 (3.4.).

**Порядок оплаты случаев оказания медицинской помощи по КСГ.**

В стационарных условиях при определении фактического количества дней пребывания в рамках одного законченного случая лечения день госпитализации и день выписки считается как один день.

В условиях дневного стационара при определении фактического количества дней пребывания в рамках одного законченного случая лечения день госпитализации и день выписки считается как два дня, в случае совпадения дня госпитализации и выписки, количество дней пребывания равно одному дню.

Случай госпитализации при оказании медицинской помощи оплачивается в размере:

в условиях круглосуточного стационара:

**100% от стоимости КСГ,** если длительность лечения более 3 дней и пациенту было выполнено хирургическое вмешательство
и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения
к конкретной КСГ (за исключением законченных случаев), а также случаи лечения, закончившиеся летальным исходом длительностью более 3 дней;

**90% от стоимости КСГ,** если длительность лечения 3 дня и менее, и пациенту было выполнено хирургическое вмешательство
и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения
к конкретной КСГ (за исключением законченных случаев);

**80% от стоимости КСГ,** если длительность лечения более 3 дней и пациенту не проводилось хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия, определяющие отнесение случая к КСГ, а также при оказании медицинской реабилитации длительностью менее чем количество дней, определенных Группировщиком;

**50% от стоимости КСГ:**

если длительность лечения 3 дня и менее и пациенту не проводилось хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия, определяющие отнесение случая к КСГ;

если длительность лечения от 3 до 5 дней для случаев перевода пациентов с диагнозом U07.1, U07.2 в другую МО (за исключением случаев лечения, при которых пациенту оказаны медицинские услуги по оксигенотерапии или искусственной вентиляции легких);

**100%** от стоимости КСГ по законченным случаям лечения, входящим в группы, которые являются исключениями по перечню групп, оплата по которым производится в полном объеме независимо от длительности лечения (Приложение 30 (3.4.)).

в условиях дневного стационара:

**85% от стоимости КСГ** если длительность лечения более 3 дней и пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения
к конкретной КСГ;

**80 % от стоимости КСГ,** если длительность лечения 3 дня и менее, и пациенту было выполнено хирургическое вмешательство
и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения
к конкретной КСГ (за исключением законченных случаев);

**50% от стоимости КСГ,** если длительность лечения более 3 дней и пациенту не проводилось хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия, определяющие отнесение случая к КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10);

**20% от стоимости КСГ** если случай 3 дня и менее и пациенту не проводилось хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия, определяющие отнесение случая к КСГ.

**100%** от стоимости КСГ по законченным случаям лечения, входящим в группы, которые являются исключениями по перечню групп, оплата по которым производится в полном объеме независимо от длительности лечения (Приложение 30 (3.4.)).

**Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.**

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи лечения при переводе пациента из одного отделения МО в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
4. случаи перевода пациента в другую МО;
5. случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из МО, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся летальным исходом (за исключением случаев, закончившихся летальным исходом длительностью более 3 дней, которые оплачиваются в полном объеме при условии отсутствия иных оснований считать случай прерванным);
7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний
к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ,
не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным
в Приложении 30 (3.4);
9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002- st37.003, st37.006- st37.007, st37.012-st37.013 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и Группировщиком.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям 1-6 и 8 Порядка оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи (далее – основания прерванности), определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

**Оплата случая лечения по двум и более КСГ.**

Оплата по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

1. при переводе пациента из одного отделения МО в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе
в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной МО в другую; оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения
до осуществления перевода относится к прерванным по установленным основаниям прерванности;

2. проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же МО по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

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

4. этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));

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

6. дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности
и в случае пребывания в нем в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи
по следующим МКБ 10:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;

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

- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;

- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

- O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

КСГ st01.001 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» может быть подана
на оплату только медицинскими организациями, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

7. наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

8. проведение первой иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

9. проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами;

10. проведение диализа.

Выставление случая только по КСГ st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)», без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)» с пересекающимися сроками лечения не допускается.

Дата перевода пациента из одного профильного отделения должна соответствовать дате поступления в другое.

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ 10, что и диагноз основного заболевания и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая лечения по 2 КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения
по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию прерванности 2 не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям 2-10 пункта порядка оплаты случая лечения по двум
и более КСГ, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4.

Приложением 30 (3.4) определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения по основаниям прерванности 1-7) по КСГ, перечисленным в данных приложениях, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основанию прерванности
8 и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

**Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет
и старше.**

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае указания в схеме), разовая доза препарата (фиксированная величина или разовая доза в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента) (Приложение 39 (3.4)).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в Группировщике, для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям 1-6 порядка оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям прерванности) в следующих случаях:

1. При проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике.

2. При снижении дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению
с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» в Группировщике при соблюдении следующих условий, отраженных
в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии):

- снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией к химиотерапевтическому препарату в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- увеличение интервала между введениями произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

Все остальные случаи (в том числе случаи проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) являются прерванными и оплачиваются в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше, являющиеся прерванными по основанию прерванности 7 и 9, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

**Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту.**

При направлении в МО с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым
в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания ВМП, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ 10 либо по коду Номенклатуры, являющимися классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

После оказания в МО ВМП, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ.

**Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация».**

Медицинская реабилитация проводится в условиях круглосуточного, а также дневного стационаров в МО и структурных подразделениях МО, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Для КСГ №№ st37.001-st37.013, st37.021-st37.023 в стационарных условиях и для КСГ №№ ds37.001-ds37.008, ds37.015-ds37.016
в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (далее - ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или
в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной приказом Министерства здравоохранения Красноярского края. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация
в стационарных условиях. ШРМ установлена порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах, требующих продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем служит оценка степени тяжести заболевания, определяющая сложность и условия проведения медицинской реабилитации. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок может получать медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

Случай реабилитации по КСГ (st37.002-st37.003, st37.006- st37.007, st37.012-st37.013) длительностью менее предусмотренного соответствующим классификационным критерием значения является прерванным и оплачивается в соответствии основаниями прерванности.

КСГ st37.001-st37.003, ds37.001-ds37.002 предусматривают возможность применения ботулинического токсина.

При этом введение ботулинического токсина для данных КСГ не является обязательным. Также в целях учета случаев лечения
с применением ботулинического токсина добавлены иные классификационные критерии «rbb2»-«rbb5», соответствующие оценке по ШРМ в сочетании с применением ботулинического токсина.

Оплата первого этапа реабилитации при остром нарушении мозгового кровообращения, операциях на центральной нервной системе головном мозге, переломах черепа и внутричерепной травме осуществляется с использованием коэффициента сложности лечения пациентов.

Данный коэффициент предусматривает оплату реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и койке интенсивной терапии, а также после его перевода на профильные койки по окончанию реанимационных мероприятий в случае проведения мероприятий по медицинской реабилитации общей длительностью не менее 5 суток и продолжительностью не менее одного часа в сутки. КСЛП «Проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов» применяется один раз к случаю лечения, в том числе в случае, если оплата случая лечения осуществляется по двум КСГ.

**Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа.**

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата осуществляется: в условиях дневного стационара: за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, в стационарных условиях: за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания ВМП.

В случае, если госпитализация пациента по основному заболеванию и диализ проводятся в двух разных МО, оплата производится
по КСГ основного заболевания для МО, в которую госпитализирован пациент, и дополнительно по КСГ для МО, в которой проводится диализ.

Учитывая пожизненный характер проводимого лечения, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи за единицу объема в условиях дневного стационара принимается среднее количество услуг диализа, проведенного в течение одного месяца лечения.

Поправочные коэффициенты к стоимости услуг диализа, проведенных в стационарных условиях и в условиях дневного стационара,не применяются.

**Оплата случаев лечения по профилю «Гериатрия».**

Медицинская помощь по профилю «Гериатрия» оказывается в МО и (или) структурных подразделениях МО, имеющих лицензию
на оказание медицинской помощи по профилю «Гериатрия», оплата производится по соответствующей КСГ.

**Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи.**

Перечень видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС, определен Приложением № 12 ТПГГ.

Нормативы финансовых затрат и доли заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления ВМП по перечню видов ВМП (Приложение 40 (3.4)).

**3.5. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.**

При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, применяются способы оплаты, установленные Разделом 2 Тарифного соглашения.

Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации ТП ОМС Красноярского края ($ФО\_{СР}^{СМП}$) составляет 1 416,8 рубля.

Установленный средний размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне МО,
не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта РФ.

Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации ($ПН\_{БАЗ})$ составляет на год 930,55 рубля (77,55 рубля в месяц).

Поправочный коэффициент к общему объему средств на финансирование МО в целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне
МО, (ПК) в размере 1,0440528111.

Коэффициенты дифференциации для муниципальных образований, применяемые к базовому подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне МО ($КД^{i}$) (Приложение 41 (3.5)).

Коэффициенты уровня МО, применяемые к базовому подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне МО ($КУ\_{МО}^{i}$) (Приложение 41 (3.5)).

Коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи, оказываемой вне МО, i-той МО ($КС\_{СМП}^{i})$ (Приложение 41 (3.5)).

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи i-той МО ($ДП\_{Н}^{i}$) (Приложение 41 (3.5)).

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи ($ФДП\_{Н}^{i}$) (Приложение 41 (3.5)).

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Показатель | Итого | в том числе по группам застрахованных лиц |
| дети | взрослые |
| 0-1 года | 1-4 лет | 5-17 лет | 18 - 44 | 45-64 | 65 лет и старше |
| Муж. | Жен. | Муж. | Жен. | Муж. | Жен. | Муж. | Жен. | Муж. | Жен. | Муж. | Жен. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1 | Стоимость скорой медицинской помощи за январь - ноябрь 2022г. (тыс. рублей)  | 3148490,1 | 41 767,2 | 35 177,5 | 132756,9 | 112339,4 | 159 954,6 | 151 743,9 | 348 643,5 | 478 895,4 | 307194,5 | 389864,9 | 277226,6 | 712 925,8 |
| 2 | Численность обслуживаемого населения на 01.01.2022 (человек) | 2831682 | 13 419 | 12 588 | 64 220 | 60 805 | 243 698 | 230 626 | 525 332 | 535 213 | 339 144 | 399 538 | 135 470 | 271 629 |
| 3 | Потребление МП на 1 застрахованного в месяц (рублей) | 101,08 | 282,96 | 254,05 | 187,93 | 167,96 | 59,67 | 59,82 | 60,33 | 81,34 | 82,34 | 88,71 | 186,04 | 238,60 |
| 4 | Относительные коэффициенты КДпв | 1,000  | 2,799 | 2,513  | 1,859  | 1,662  | 0,590 | 0,592 | 0,597 | 0,805 | 0,815 | 0,878 | 1,841 | 2,361 |

**Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи, медицинская услуга), применяемые, в том числе, для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Красноярского края лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, а также оказанной в отдельных МО, не имеющих прикрепившихся лиц.**

Тариф за вызов скорой медицинской помощи для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной МО Красноярского края лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, а также оказанной в отдельных МО, не имеющих прикрепившихся лиц, – 3 075 рублей.

К тарифам за вызов скорой медицинской помощи применяется коэффициент дифференциации для муниципальных образований (Приложение 11 (3.1.)).

Коэффициент уровня МО, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания (вызов СМП), для всех МО принимается равным в размере 1.

Тарифы за вызов скорой медицинской помощи для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной МО Красноярского края лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации (Приложение 42 (3.5)).

Тарифы при проведении тромболитической терапии (Приложение 42 (3.5)).

Расчет тарифов на проведение тромболитической терапии ($Т\_{тромб}$) осуществляется по формуле:

$Т\_{тромб}^{i} $= ($БТ^{i}$ \* Д \* $КД^{i}$) + ($БТ^{i}$ \* (1-Д)), где

$БТ^{i}$ – базовый тариф на проведение тромболитической терапии, рублей;

Д – доля, индексируемая на коэффициент дифференциации для муниципальных образований;

$КД ^{i}$– коэффициент дифференциации для муниципальных образований для i-той МО (Приложение 11 (3.1.)).

Оплата СМП, оказанной вне МО, при проведении тромболитической терапии осуществляется по установленным тарифам
за фактически выполненные объемы с учетом применяемого тромболитического препарата.

Подушевой норматив финансирования СМП, оказанной вне МО, включая медицинскую эвакуацию, отражает размер средств ОМС, необходимых для компенсации затрат в соответствии с ТП ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо.

В рамках подушевого финансирования СМП осуществляются вызовы, дифференцированные по типам (профилям) бригад, специальностям медицинских работников, оказавших медицинскую помощь, поводам вызовов, результатам обращения за медицинской помощью (за исключением вызовов с применением тромболитической терапии).

Оплата СМП осуществляется по подушевому нормативу финансирования на обслуживаемое население в сочетании с оплатой
за вызов СМП в рамках установленных объемов и стоимости.

Объемы (вызовы) СМП и финансовое обеспечение распределяются между МО Комиссией на год, с выделением объемов (вызовов) СМП и финансовых средств, предусмотренных на проведение тромболитической терапии.

**3.6. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ
В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ИМЕЮЩИХ В СВОЕМ СОСТАВЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ, СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ И В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА, А ТАКЖЕ МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ, ОПЛАТА КОТОРОЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
ПО ПОДУШЕВОМУ НОРМАТИВУ ФИНАНСИРОВАНИЯ НА ПРИКРЕПИВШИХСЯ ЛИЦ ПО ВСЕМ ВИДАМ И УСЛОВИЯМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.**

За счет средств подушевого норматива финансирования с включением оплаты всех видов медицинской помощи оплачивается медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях, в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, а также медицинская реабилитация.

В рамках подушевого норматива финансирования с включением оплаты всех видов и условий оказания медицинской помощи, осуществляется оплата медицинской помощи прикрепленному населению:

в амбулаторных условиях - посещения с иными целями, обращения по поводу заболевания, посещения в неотложной форме.

Стоимость медицинских услуг включена в подушевой норматив финансирования (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирований на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с нормативами, установленными ТП ОМС);

в стационарных условиях и в условиях дневного стационара – случаев лечения и госпитализации.

Размер среднего подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к МО лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям представляемой указанной МО медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности МО, включая показатели объема медицинской помощи, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, составляет 11 192,89 рубля.

Размер среднего подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к МО лиц, включая оплату медицинской помощи
по всем видам и условиям представляемой указанной МО медицинской помощи, не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта РФ.

Размер базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, составляет на год
2 211,03 рубля (184,25 рубля в месяц).

Поправочный коэффициент к общему объему средств на финансирование МО в целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам (ПК) в размере 1,3181623020.

Для расчета дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (Приложение 43 (3.6)) к подушевому нормативу применяются:

$КД^{i}$– коэффициент дифференциации для муниципальных образований для i-той МО (Приложение 11 (3.1));

$КД\_{от}^{i}$ – коэффициент дифференциации, применяемый к подразделениям, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов
на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i-той МО (Приложение 43 (3.6.));

$КС\_{мо}^{i}$ – коэффициент специфики оказания медицинской помощи, в том числе половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для i-той МО-прикрепления $(КД\_{пв}^{i}$) (Приложение 43 (3.6.));

$КУ\_{мо}^{i} $– коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации) (Приложение 43 (3.6.));

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования на прикрепившихся к МО лиц по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи ($ФДП\_{ВВП}^{i}$) (Приложение 43 (3.6.)).

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи) и критерии их оценки (включая целевые значения). порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за достижение соответствующих показателей устанавливается в соответствии с Разделом 3.7.

**3.7. ПЕРЕЧЕНЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ИМЕЮЩИХ ПРИКРЕПИВШИХСЯ ЛИЦ (ВКЛЮЧАЯ ПОКАЗАТЕЛИ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ) И КРИТЕРИИ ИХ ОЦЕНКИ (ВКЛЮЧАЯ ЦЕЛЕВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ). ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ВЫПЛАТ МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ, ИМЕЮЩИМ ПРИКРЕПИВШИХСЯ ЛИЦ, ЗА ДОСТИЖЕНИЕ СООТВЕТСТВУЮЩИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ.**

Перечень показателей результативности деятельности МО (Приложение 44 (3.7)).

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансированияна прикрепившихся лиц для МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и для МО, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, объем средств, подлежащий резервированию из средств, направляемых на подушевое финансирование медицинских организаций в амбулаторных условиях составляет 5% от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц. Резервирование финансовых средств для осуществления стимулирования за достижение показателей результативности деятельности осуществлять, начиная с 01.01.2023 года.

Мониторинг достижения целевых значений показателей результативности деятельности МО, оказывающих медицинскую помощь
в амбулаторных условиях, и МО, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, и ранжирование МО осуществляется
по итогам квартала, полугодия, года по показателям, которым соответствует данный период оценки.

Оценка результативности деятельности МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и МО, имеющих
в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, с целью осуществления выплат стимулирующего характера, осуществляется по итогам полугодия, года по показателям, которым соответствует данный период оценки. Выплаты по итогам первого полугодия распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года – май текущего года (включительно). Выплаты по итогам второго полугодия (года) распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года – ноябрь текущего года (включительно), и включаются в счет за декабрь. Результаты оценки достижения целевых значений показателей результативности деятельности МО доводятся до сведения МО не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом (за первое полугодие не позднее 25 июня, за год не позднее 25 декабря).

Осуществление выплат по результатам оценки достижения МО, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности производится по итогам каждого полугодия.

С учетом фактического выполнения показателей, медицинские организации распределяются на три группы: I – выполнившие
до 50 процентов показателей, II – от 50 до 70 процентов показателей, III – свыше 70 процентов показателей.

Объем средств, направляемый в МО по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности, складывается из двух частей:

1 часть – распределение 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период.

Указанные средства распределяются среди МО II и III групп с учетом численности прикрепленного населения.

$ОС\_{РД(нас)}^{j}=\frac{0,7×ОС\_{РД}^{j}/КД}{\sum\_{}^{}Числ}$, где:

$ОС\_{РД(нас)}^{j} $- объем средств, используемый при распределении 70 процентов от объема средств на стимулирование МО за j-ый период, в расчете на 1 прикрепленное лицо, рублей;

$ОС\_{РД}^{j}$ - совокупный объем средств на стимулирование МО за j-ый период, рублей;

КД – коэффициент дифференциации;

$\sum\_{}^{}Числ$ - численность прикрепленного населения в j-м периоде ко всем МО II и III групп.

В качестве численности прикрепленного населения к конкретной МО рекомендуется использовать среднюю численность за период. Например, при осуществлении выплат по итогам достижения показателей результативности ежегодно среднюю численность рекомендуется рассчитывать по формуле:

$Числ\_{i}^{j}=\frac{Ч\_{мес1}+Ч\_{мес2}+…+Ч\_{мес11}+Ч\_{мес12}}{12}$, где:

$Ч\_{мес}$ - среднегодовая численность прикрепленного населения к i-той МО в j-м году, человек;

$Ч\_{мес1}$ - численность прикрепленного населения к i-той МО по состоянию на 1 число первого месяца j-го года, человек;

$Ч\_{мес2}$ - численность прикрепленного населения к i-той МО по состоянию на 1 число второго месяца года, следующего за j-тым, человек;

$Ч\_{мес11}$ - численность прикрепленного населения к i-той МО по состоянию на 1 число одиннадцатого месяца j-го года, человек;

$Ч\_{мес12}$ - численность прикрепленного населения к i-той МО по состоянию на 1 число двенадцатого месяца j-го года, человек.

Объем средств, направляемый в i-ю МО II и III групп за j-тый период при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности ($ОС\_{РД(нас)}\_{i}^{j}$), рассчитывается следующим образом:

$ОС\_{РД(нас)}\_{i}^{j}=ОС\_{РД(нас)}^{j}×Числ\_{i}^{j}×КД\_{мо}^{i}$, где:

$КД\_{мо}^{i}$ - коэффициент дифференциации для муниципальных образований для i-той МО (Приложение 11 (3.1));

$Числ\_{i}^{j}$– численность прикрепленного населения в j-м периоде к i-той МО II и III групп.

2 часть – распределение 30 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующей период.

Указанные средства распределяются среди МО III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими
МО баллов.

$ОС\_{РД(балл)}^{j}=\frac{0,3×ОС\_{РД}^{j}/КД}{\sum\_{}^{}Балл}$, где:

$ОС\_{РД(балл)}^{j}$ - объем средств, используемый при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование МО за j-ый период, в расчете на 1 балл, рублей;

$ОС\_{РД}^{j}$- совокупный объем средств на стимулирование МО за j-ый период, рублей;

КД – коэффициент дифференциации;

$\sum\_{}^{}Балл$ - количество баллов, набранных в j-м периоде всеми МО III группы.

Объем средств, направляемый в i-ю МО III группы за j-тый период, при распределении 30 процентов от объема средств
на стимулирование МО ($ОС\_{РД(балл)}\_{i}^{j}$), рассчитывается следующим образом:

$ОС\_{РД(балл)}\_{i}^{j}=ОС\_{РД(балл)}^{j}×Балл\_{i}^{j} ×КД\_{мо}^{i},$ где:

$КД\_{мо}^{i}$ - коэффициент дифференциации для муниципальных образований для i-той МО (Приложение 11 (3.1));

$Балл\_{i}^{j}- $количество баллов, набранных в j-м периоде i-той МО III группы.

Если по итогам года отсутствуют медицинские организации, включенные в III группу, средства, предназначенные для осуществления стимулирующих выплат медицинским организациям III группы, распределяются между медицинскими организациями II группы в соответствии с установленной методикой (с учетом численности прикрепленного населения).

Общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности
в МО III группы за j-тый период определяется путем суммирования 1 и 2 частей, а для МО I группы за j-тый период – равняется нулю.

В целях обеспечения направления финансовых средств в 100% объеме от рассчитанных в соответствии с настоящей Методикой
на цели стимулирования медицинских организаций за выполнение показателей результативности с учетом применения коэффициентов дифференциации по муниципальным образованиям применяется коэффициент приведения.

Осуществление выплат стимулирующего характера в полном объеме МО, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, производится при условии фактического выполнения не менее 90% установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно). При условии выполнения МО менее 90% указанного объема медицинской помощи, к размеру стимулирующих выплат применяются понижающие коэффициенты в зависимости от процента выполнения объемов медицинской помощи.

Понижающие коэффициенты для стимулирующих выплат

| % выполнения плана  | Обращения по заболеванию | Профилактические мероприятия детского населения | Диспансеризация взрослого населения | Профилактические осмотры взрослого населения | Диспансерное наблюдение |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Значение понижающего коэффициента (%) |  |
| ≥ 90% | - | - | - | - | - |
| ≥80 и < 90% | 5% | 5% | 10% | 10% | 10% |
| ≥70 и <80% | 10% | 10% | 20% | 20% | 20% |
| ≥60 и <70% | 15% | 15% | **100%** | **100%** | **100%** |
| <60% | 20% | 20% | **100%** | **100%** | **100%** |

В рамках оценки показателей результативности деятельности МО, а также для расчета стимулирующих выплат оценка выполнения объемов профилактических мероприятий проводится раздельно по диспансеризации взрослого населения и профилактическим осмотрам взрослого населения. Понижающие коэффициенты для стимулирующих выплат, рассчитанных в результате оценки показателей результативности деятельности МО, суммируются по всем направлениям: за невыполнение обращений по заболеванию, профилактических осмотров взрослого населения, диспансеризации взрослого населения, профилактических мероприятий детского населения.

**РАЗДЕЛ 4.**

**РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА.**

Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения регламентированы приказом Минздрава России от 19.03.2021 №231н.

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Приложение 45 (4)).

Размеры подушевых нормативов финансирования, используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи и муниципальных образований (Приложение 46 (4)).

**Расчет размеров неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и размеров уплаты штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи в рамках ТП ОМС (Н) рассчитывается по формуле:

Н = РТ x $К\_{но}$, где:

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

$К\_{но}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи, действующий на дату проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи (далее – МЭК, МЭЭ, ЭКМП) (Приложение 45 (4)).

Если стоимость случая, подлежащего неоплате (неполной оплате) не является тарифом, утвержденным тарифным соглашением, или получена расчетным путем, в том числе с использованием доли оплаты прерванных случаев, то параметр РТ следует понимать как сумму, выставленную к оплате по законченному случаю лечения.

В случаях, когда по результатам МЭЭ или ЭКМП устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены, СМО осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

Размер штрафа, применяемого к i-той МО за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($С\_{шт}$), рассчитывается по формуле:

$С\_{шт}$ = $РП^{i}$ x $К\_{шт}$, где:

$РП^{i}$ - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, установленный Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от муниципального образования, в котором расположена МО, и условий оказания медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи соответствующей МО (Приложение 46 (4));

$К\_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП (Приложение 45 (4).

Размеры подушевых нормативов финансирования, используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи для территории, на которой находится медицинская организация (структурное подразделение медицинской организации), в отношении которой (которого) применяются штрафные санкции ($РП^{i}$), рассчитываются по формуле:

- в амбулаторных условиях за исключением медицинской реабилитации, при оказании скорой медицинской помощи, оказанной вне МО, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи:

$РП^{i}$ = $РП х КД^{i}$,

- в амбулаторных условиях при оказании медицинской реабилитации, в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

$РП^{i}$ = $\frac{РП}{КД} х КД^{i}$, где:

РП - установленный Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от условий оказания медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (абзацы 24, 26 Раздела 3.3), или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (абзац 4 Раздела 3.5), или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств ОМС (абзац 8 Раздела 3.6), или подушевой норматив финансирования (абзацы 9, 10, 12, 13 Раздела 3.4);

КД – коэффициент дифференциации;

$КД^{i}$ – коэффициент дифференциации для муниципальных образований для i-той МО (Приложение 11 (3.1.)).

**Перечень приложений**

**к тарифному соглашению системы обязательного медицинского страхования Красноярского края на 2023 год.**

Приложение 1 (2). Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Красноярского края, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты

Приложение 2 (2.1). Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц
(за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований
и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний
и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирований на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.

Приложение 3 (2.1). Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), не имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

Приложение 4 (2.1). Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), являющиеся медицинскими организациями-исполнителями диагностических (лабораторных) исследований, оплата медицинской помощи в которых осуществляется
за единицу объема медицинской помощи.

Приложение 5 (2.1). Медицинские организации, имеющие в составе фельдшерско-акушерские пункты и размер их финансового обеспечения.

Приложение 6 (2.1). Медицинские организации, имеющие в составе обособленные подразделения, расположенные в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек.

Приложение 7 (2.2). Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях.

Приложение 8 (2.2). Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), оказывающие медицинскую помощь в условиях дневного стационара.

Приложение 9 (2.3). Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), оплата медицинской помощи
в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи.

Приложение 10 (2.4). Медицинские организации, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи.

Приложение 11 (3.1). Коэффициенты дифференциации для муниципальных образований.

Приложение 12 (3.2). Тарифы для оплаты услуг диализа.

Приложение 13 (3.2). Коэффициенты относительной затратоемкости к базовым тарифам для оплаты услуг диализа, значение средней доли заработной платы в услуге диализа по данным учета фактических затрат.

Приложение 14 (3.3). Тарифы на диагностические (лабораторные) исследования для проведения межучрежденческих
и межтерриториальных расчетов, в том числе с применением телемедицинских технологий и для проведения диагностических (лабораторных) исследований, включенных в соответствующую КСГ, для стационарных пациентов.

Приложение 15 (3.3). Тарифы на диагностические (лабораторные) исследования, исключенные из подушевого норматива финансирования медицинских организаций.

Приложение 16 (3.3). Коэффициенты подуровня для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема.

Приложение 17 (3.3). Дифференцированные подушевые нормативы финансирования в амбулаторных условиях.

Приложение 18 (3.3). Тарифы на медицинские услуги при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях.

Приложение 19 (3.3). Тарифы на медицинские услуги «Центров здоровья».

Приложение 20 (3.3). Тарифы для оплаты диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе для граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19).

Приложение 21 (3.3). Тарифы для оплаты профилактических медицинских осмотров взрослого населения.

Приложение 22 (3.3). Тарифы для оплаты диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся
в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

Приложение 23 (3.3). Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних.

Приложение 24 (3.3). Тарифы для оплаты диспансерного наблюдения.

Приложение 25 (3.3). Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях.

Приложение 26 (3.4). Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ в стационарных условиях и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ.

Приложение 27 (3.4). Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ в условиях дневного стационара и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ.

Приложение 28 (3.4). Тарифы на оплату медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Приложение 29 (3.4). Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Приложение 30 (3.4). Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Приложение 31 (3.4). Перечень КСГ в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию.

Приложение 32 (3.4). Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Приложение 33 (3.4). Перечень КСГ в стационарных условиях, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации.

Приложение 34 (3.4). Перечень КСГ в условиях дневного стационара, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации.

Приложение 35 (3.4). Классификатор региональных подгрупп КСГ в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Приложение 36 (3.4.). Коэффициент специфики для оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Приложение 37 (3.4). Коэффициенты подуровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Приложение 38 (3.4). Коэффициенты сложности лечения пациента.

Приложение 39 (3.4). Перечень схем лекарственной терапии для оплаты медицинской помощи при противоопухолевой лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей).

Приложение 40 (3.4). Нормативы финансовых затрат и доли заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи.

Приложение 41 (3.5). Дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи.

Приложение 42 (3.5). Тарифы за вызов скорой медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Красноярского края лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, тарифы при проведении тромболитической терапии.

Приложение 43 (3.6). Дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи.

Приложение 44 (3.7). Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций.

Приложение 45 (4). Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Приложение 46 (4). Размеры подушевых нормативов финансирования, используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи и муниципальных образований.