

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ НА 2022 ГОД

г. Красноярск

28.12.2021

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Тарифное соглашение системы обязательного медицинского страхования Красноярского края на 2022 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 28.12.2020 № 2299 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» (далее – Программа государственных гарантий);

Законом Красноярского края от 09.12.2021 № 2-248 «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов»;

постановлением Правительства Красноярского края от 21.12.2021 № 920-п «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» (далее – ТППГ);

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/2-20621 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 00-10-26-2-04/11-51 от 30.12.2020) (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 директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края Козаченко Сергея Витальевича;

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 определения:

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 - случай 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).

Клинико-профильная группа (далее - КПП) – группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи по КСГ (КПП) – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратноемкости и поправочных коэффициентов.

Базовая ставка - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТППГ (средняя стоимость законченного случая лечения).

Коэффициент относительной затратноемкости – коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ заболеваний или КПП заболеваний 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.

Поправочные коэффициенты – устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) МО, коэффициент сложности лечения пациентов.

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 затратноемкости, отличный от коэффициента относительной затратноемкости 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 реабилитацию - 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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности МО (включая показатели объема медицинской помощи), 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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

д) углубленной диспансеризации;

по нормативу финансирования структурного подразделения МО – при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывая критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания ПМСП взрослому населению (приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н «Об утверждении Положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее - Приказ № 543н)).

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

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ);

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 и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которых медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме

по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, 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 приложениях 29 (3.4), 30 (3.4).

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 - по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой МО лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной МО медицинской помощи (за исключением расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов), с учетом показателей результативности деятельности МО, включая показатели объема медицинской помощи.

Межучрежденные расчеты за оказанную медицинскую помощь в части диагностических (лабораторных) исследований, не включенных в подушевой норматив финансирования.

Расходы на проведение диагностических (лабораторных) исследований, не включенных в подушевой норматив финансирования в соответствии с подразделом 2.1.3, 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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических

заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), 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; 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), углубленной диспансеризации,

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

Способы оплаты медицинской помощи, используемые при оплате медицинской помощи, оказываемые каждой медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Красноярского края (Приложение 1 (2)).

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

2.1.1. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ (СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ), ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ 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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирований на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на 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)).

2.1.2. ПЕРЕЧЕНЬ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ФОРМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ЕДИНИЦ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ КОТОРЫХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО ПОДУШЕВОМУ НОРМАТИВУ ФИНАНСИРОВАНИЯ НА ПРИКРЕПИВШИХСЯ ЛИЦ.

В рамках подушевого финансирования бесплатно предоставляется ПМСП, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная медико-санитарная помощь.

ПМСП оказывается гражданам МО, в том числе создаваемыми ими выездными и передвижными врачебными бригадами.

Доврачебная ПМСП оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

Врачебная ПМСП оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

Специализированная ПМСП оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов МО, оказывающих специализированную медицинскую помощь.

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

- профилактические медицинские осмотры;
- диспансеризация (за исключением углубленной диспансеризации);
- посещения с иными целями, в том числе при проведении второго этапа диспансеризации и профилактических медицинских осмотров;
- обращения по поводу заболевания;
- диспансерное наблюдение;
- 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, в соответствии с подразделом 2.1.3 (Приложение 12 (3.2)).

Расчет объема финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.

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:

$$ОС_{АМБ} = (Н_{О_{ПРОФ}} \times Н_{ФЗ_{ПРОФ}} + Н_{О_{ОЗ}} \times Н_{ФЗ_{ОЗ}} + Н_{О_{НЕОТЛ}} \times Н_{ФЗ_{НЕОТЛ}}) \times Ч_3 - ОС_{МТР}, \text{ где:}$$

$Н_{О_{ПРОФ}}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный ТП ОМС, посещений;

Но₀₃ - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный ТП ОМС, обращений;

Но_{НЕОТЛ} - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной 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;

Нфз₀₃ - 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;

Ч₃ - численность застрахованного населения Красноярского края.

Размер среднего подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях для МО, участвующих в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо (ФО_{СР}^{АМБ}) определяется по следующей формуле:

$$\text{ФО}_{\text{СР}}^{\text{АМБ}} = \frac{\text{ОС}_{\text{АМБ}}}{\text{Ч}_3}$$

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС (ОС_{ПНФ-проф}), рассчитывается за исключением объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, и определяется по следующей формуле:

$$\text{ОС}_{\text{ПНФ-проф}} = \text{ОС}_{\text{АМБ}} - \text{ОС}_{\text{ФАП}} - \text{ОС}_{\text{ИССЛЕД}} - \text{ОС}_{\text{ПО}} - \text{ОС}_{\text{ДИСП}} - \text{ОС}_{\text{НЕОТЛ}} + \text{ОС}_{\text{НЕОТЛ(ФАП)}} - \text{ОС}_{\text{ЕО}}, \text{ где:}$$

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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) 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, 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), рублей;

ОС_{ПО} - объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии

с нормативами, установленными ТП ОМС, рублей;

$OC_{\text{ДИСП}}$ - объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в соответствии с нормативами, установленными ТП ОМС, рублей;

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

$OC_{\text{НЕОТЛ(ФАП)}}$ - объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в фельдшерско-акушерских пунктах, рублей;

$OC_{\text{ЕО}}$ - объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным на территории Красноярского края лицам (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными ТП ОМС нормативами), рублей.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях ($ПН_{\text{БАЗ}}$) рассчитывается по следующей формуле:

$$ПН_{\text{БАЗ}} = \frac{OC_{\text{ПНФ-проф}}}{Ч_3 \times КД}, \text{ где:}$$

КД – коэффициент дифференциации.

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

$$OC_{\text{ФАП}}^i = \sum_n (Ч_{\text{ФАП}}^n \times БНФ_{\text{ФАП}}^n \times КС_{\text{БНФ}}^n), \text{ где:}$$

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

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

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

для фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов определен ТППГ (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 ТППГ (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.

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).

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 ($OC_{\text{ФАП}}^{in}$) определяется по формуле:

$$OC_{\text{ФАП}}^{in} = OC_{\text{ФАП}}^i / \chi^i * \chi^{in}, \text{ где}$$

χ^i – численность застрахованного прикрепленного к i -той МО населения;

χ^{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, 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:

$$OC_{\text{ФАП}}^j = OC_{\text{ФАПнг}}^j + \left(\frac{\text{БНФ}_{\text{ФАП}}^j \times \text{КС}_{\text{БНФ}}^j}{12} \times n_{\text{мес}} \right), \text{ где:}$$

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

$OC_{\text{ФАПнг}}^j$ – объем средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерского пункта с начала года;

$n_{\text{мес}}$ – количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

На основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы финансирования, не включающие средства на оплату мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, для i -той МО ($ДП_{\text{Н}}^i$) по следующей формуле:

$$ДП_{\text{Н}}^i = ПН_{\text{БАЗ}} \times \text{КС}_{\text{МО}}^i \times \text{КД}_{\text{ОТ}}^i \times \text{КД}^i, \text{ где:}$$

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

$\text{КС}_{\text{МО}}^i$ – коэффициент специфики оказания амбулаторной медицинской помощи i -той МО;

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

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

$$\text{КД}_{\text{ПВ}}^i = \sum_j (\text{КД}_{\text{ПВ}}^j \times \chi_3^j) / \chi_3^i, \text{ где:}$$

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

$Ч_3^j$ - численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той МО, в j -той половозрастной группе (подгруппе), человек;

$Ч_3^i$ - 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:

$$КД_{от}^i = (1 - \sum Д_{отj}) + \sum (КД_{отj} \times Д_{отj}), \text{ где}$$

$Д_{отj}$ - 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 средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации) рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{ОС_{пнф-проф}}{\sum_i (ДП_{н}^i \times Ч_3^i)}$$

При определении дифференцированных подушевых нормативов финансирования учитывается объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), распределенный для МО, путем расчета коэффициента уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), для i -той МО ($КУ_{МО}^i$) по формуле:

$$КУ_{МО}^i = \frac{ОС_{проф}^i + ОС_{пнф-проф}^i}{ОС_{пнф-проф}^i}, \text{ где:}$$

$ОС_{проф}^i$ - общий объем средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации, и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий в рамках 2 этапа диспансеризации), порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами, распределенный для i -той МО решением Комиссии, рублей.

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

$$ФДП_{н}^i = (ДП_{н}^i \times ПК \times КУ_{МО}^i) / n_{мес}. \text{ где:}$$

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

$КУ_{МО}^i$ - коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), для i -ой МО;

$n_{мес}$ - 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:

$$ОС_{ПН} = \Phi ДП_{Н}^i \times Ч_{\frac{1}{3}}^i \times (1 - Д_{рд}) + С_{доп}^i, \text{ где:}$$

$ОС_{ПН}$ - финансовое обеспечение МО, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, 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.

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:

$$\Phi О_{ФАКТ}^i = О_{ДС}^i + О_{ПН} + О_{ФАП}^i + О_{ИССЛЕД}^i + О_{НЕОТЛ}^i + О_{ЕО}^i, \text{ где:}$$

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

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

$О_{ИССЛЕД}^i$ - 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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) 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, 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) в i -той МО, рублей;

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

$О_{ЕО}^i$ - размер 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 медицинской помощи, финансируемой

в соответствии с установленными ТП ОМС нормативами), рублей.

Диспансеризация определенных групп взрослого населения, профилактических медицинских осмотров взрослого населения.

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.

Диспансеризация определенных групп взрослого населения, для граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19).

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 ТППГ.

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 11.04.2013 № 216н «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.

Медицинские осмотры детей осуществляются 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.

2.1.3. ПЕРЕЧЕНЬ ЕДИНИЦ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОПЛАЧИВАЕМЫХ ПО ОТДЕЛЬНЫМ ТАРИФАМ.

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, структурные подразделения МО, оказывающие стоматологическую помощь, консультативные поликлиники, приемные отделения стационаров), для отдельных МО, организованных как межрайонные центры, в соответствии с приказами органа исполнительной власти субъекта;
 - углубленная диспансеризация;
 - тестирований на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);
 - услуга диализа;
 - обращение 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, 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 патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, 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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), 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, 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), углубленной диспансеризации осуществляется лечащим врачом, оказывающим ПМСП, в том числе специализированную ПМСП, при наличии медицинских показаний, в сроки, установленные ТППГ.

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

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

2.2. 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 (Ск_{КСГ}) определяется по формуле:

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

$$C_{\text{КСГ}} = \text{БС} \times \text{КД} \times (\text{КЗ}_{\text{КСГ}} \times \text{ПК} + \text{КСЛП});$$

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

$$C_{\text{КСГ}} = \text{БС} \times \text{КЗ}_{\text{КСГ}} \times \left((1 - \text{Дзп}) + \text{Дзп} \times \text{ПК} \times \text{КД}^i \right) + \text{БС} \times \text{КД}^i \times \text{КСЛП}, \text{ где}$$

БС – размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ, в стационарных условиях или в условиях дневного стационара без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей (Раздел 3.4);

КЗ_{КСГ} – коэффициент относительной затратноности КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации (устанавливается на федеральном уровне в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты) (Приложения 25 (3.4), 26 (3.4));

КДⁱ – 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 28 (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.

ПК – интегрированный поправочный коэффициент оплаты КСГ, рассчитанный с учетом коэффициентов оплаты по следующей формуле:

$$\text{ПК} = \text{КС}_{\text{КСГ}} \times \text{КУС}_{\text{МО}}, \text{ где}$$

КС_{КСГ} – коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (Приложение 36 (3.4));

КУС_{МО} – коэффициент подуровня оказания медицинской помощи в МО, в которой был пролечен пациент (Приложение 37 (3.4)).

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 гарантий 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 ($N_{\text{ВМП}}^i$) определяется по формуле:

$$N_{\text{ВМП}}^i = \text{НФЗ}_{\text{ВМП}}^i \times ((1 - D_{\text{ЗП}}^i) + D_{\text{ЗП}}^i \times \text{КД}), \text{ где}$$

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

$D_{\text{ЗП}}^i$ – доля заработной платы, установленная на федеральном уровне, индексируемая на коэффициент дифференциации (Раздел 1 Приложения 1 к Программе государственных гарантий);

КД – коэффициент дифференциации.

Объемы предоставления и финансовое обеспечение медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара распределяются между МО Комиссией на год с выделением объемов и финансовых средств по профилю «Онкология», «Медицинская реабилитация», ВМП, лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов.

2.3. 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.)).

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.

При оказании скорой медицинской помощи (далее – СМП), в случае необходимости, осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в МО, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовом периоде и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).

Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами СМП с проведением во время транспортировки мероприятий

по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования, а также без оказания медицинской помощи.

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).

Типы бригад: общепрофильная фельдшерская, общепрофильная врачебная, специализированная педиатрическая, специализированная реанимационная.

Специальности медицинских работников: фельдшер СМП, врач СМП, врач-кардиолог в составе специализированной кардиологической бригады, врач-невролог в составе реанимационной бригады, врач-реаниматолог в составе реанимационной бригады, врач-педиатр в составе специализированной педиатрической бригады.

Повод вызова: «несчастный случай», «острое внезапное заболевание», «обострение хронического заболевания», «патология беременности», «роды», «плановая перевозка», «экстренная перевозка», «другое».

Результат обращения: «оказана помощь, больной оставлен на месте», «доставлен в травматологический пункт», «доставлен в больницу», «передан специализированной бригаде», «отказ от транспортировки для госпитализации в стационар», «смерть до прибытия бригады», «смерть в присутствии бригады», «смерть в автомобиле скорой медицинской помощи», «больной не найден на месте», «отказ от помощи (осмотра)», «адрес не найден», «ложный вызов», «больной увезен до прибытия СМП», «больной обслужен врачом поликлиники до прибытия СМП», «вызов отменен», «пациент практически здоров».

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.

Объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, МО, участвующими в реализации ТП ОМС, ($OC_{СМП}$) рассчитывается по следующей формуле:

$$OC_{СМП} = (N_{СМП} \times N_{ФЗ_{СМП}}) \times Ч_3 - OC_{МТР}, \text{ где}$$

$N_{СМП}$ - средний норматив объема СМП вне МО, установленный ТП ОМС, вызовов;

$N_{ФЗ_{СМП}}$ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема СМП вне МО, установленный ТП ОМС, рублей;

$OC_{МТР}$ - объем средств, направляемых на оплату СМП вне МО, оказываемой застрахованным лицам за пределами территории страхования, рублей;

$Ч_3$ - численность застрахованного населения Красноярского края.

Размер среднего подушевого норматива финансирования СМП, оказываемого вне МО, в расчете на одно застрахованное лицо ($\Phi O_{СР}^{СМП}$), рассчитывается по следующей формуле:

$$\Phi O_{СР}^{СМП} = \frac{OC_{СМП}}{Ч_3}$$

Базовый подушевой норматив финансирования СМП, оказываемой вне МО, рассчитывается исходя из размера среднего подушевого норматива финансирования СМП, оказываемой вне МО, МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо

(ПН_{БАЗ}):

$$\text{ПН}_{\text{БАЗ}} = \frac{\text{ОС}_{\text{СМП}} - \text{ОС}_{\text{В}}}{\text{Ч}_3 \times \text{КД}}, \text{ где:}$$

ОС_В - 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 (ДПнⁱ):

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

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:

$$\text{КС}_{\text{СМП}}^i = \text{КД}_{\text{пв}} \times \text{КД}_{\text{ср}}, \text{ где:}$$

КД_{пв} - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей МО;

КД_{ср} - коэффициент дифференциации, учитывающий средний радиус территории обслуживания.

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:

$$\text{ПК} = \frac{\text{ПН}_{\text{БАЗ}} \times \text{Ч}_3 \times \text{КД}}{\sum_i (\text{ДПн}^i \times \text{Ч}_3^i)}, \text{ где:}$$

Ч₃ⁱ - численность застрахованных лиц, обслуживаемых i-той МО, человек.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования СМП вне МО для группы (подгруппы) МО (ФДПнⁱ) рассчитывается:

$$\text{ФДПн}^i = \text{ДПн}^i \times \text{ПК}$$

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:

$$\text{ФО}_{\text{СМП}} = \text{ФДПн}^i \times \text{Ч}_3^{\text{ПР}} + \text{ОС}_{\text{В}}, \text{ где:}$$

Ч₃^{ПР} - 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 счет на оплату медицинской помощи.

Медицинские услуги, оплачиваемые по отдельным тарифам за оказанную медицинскую помощь.

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)).

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, профилактические медицинские осмотры, диспансеризация (за исключением углубленной диспансеризации), диспансерное наблюдение.

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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирований на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с нормативами, установленными ТП ОМС);

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

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 ($\Phi ДП_{ВВП}^i$) рассчитывается по формуле:

$$\Phi ДП_{ВВП}^i = (\Phi ДП_{Н}^i \times ((1 + (КУ_{неотл}^i - 1) + (КУ_{ДС}^i - 1) + (КУ_{КС}^i - 1))) / n_{мес}. \text{ где:}$$

$КУ_{неотл}^i$ - 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;

$n_{мес}$ - 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:

$$ОС_{ВВП} = \Phi ДП_{ВВП}^i \times Ч_3^i \times (1 - Д_{рд}) + С_{доп}^i, \text{ где:}$$

$ОС_{ВВП}$ - финансовое обеспечение МО, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования по всем видам

и условиям предоставляемой медицинской помощи, рублей;

$D_{рд}$ - доля средств, направляемых на выплаты МО в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности;

$C_{доп}^i$ - 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. ТАРИФЫ 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 медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

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 отдельный учет средств ОМС, в том числе отдельное 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 2022 год и плановый период 2023-2024 годов», размещенного на официальном сайте Министерства финансов Красноярского края <http://www.krskstate.ru/zakonprojekts/documents/0/doc/79484>.

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

3.2. УСТАНОВЛЕНИЕ ТАРИФОВ НА ОТДЕЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ.

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

Расчет тарифов на диагностические (лабораторные) исследования, в том числе с применением телемедицинских технологий (Т_{ду}) осуществляется дифференцированно по видам (методам) исследований (услуг) по формуле:

$$T_{ду}^i = (BT^i * KЗ^i * Д * КД^i) + (BT^i * KЗ^i * (1-Д)), \text{ где}$$

BT^i – базовый тариф i -того диагностического (лабораторного) исследования, рублей;

$KЗ^i$ – коэффициент затратноемкости 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 ($ПК_{\text{моб}}$), установленный в размере:

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

1,20 для компьютерной томографии.

$$T_{\text{ДУ}_{\text{моб}}}^i = ((BT^i * KZ^i * D * KD^i) + (BT^i * KZ^i * (1-D))) * PK_{\text{моб}}$$

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 12 (3.2.)).

Тарифы на диагностические (лабораторные) исследования, исключенные из подушевого норматива финансирования МО (Приложение 13 (3.2.)).

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.

Тарифы на услуги диализа.

При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях пациентам, получающим услуги диализа, оплата осуществляется за услугу диализа.

Тарифы на услуги диализа (Приложение 14 (3.2)).

Базовые тарифы на оказание медицинской помощи пациентам, получающим диализ, рассчитаны в соответствии с разделом XII «Методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС» Правил ОМС, по следующим услугам:

A18.05.002 «Гемодиализ» - 5 761 рублей;

A18.30.001 «Перитонеальный диализ» - 3 759 рублей.

Расчет остальных услуг диализа (T_{Γ}) производится по формуле:

$$T_{\Gamma} = B_{\Gamma} * K_{\Gamma} * (D_{\text{зп}} * K_{\text{Д}}^i + (1 - D_{\text{зп}})), \text{ где:}$$

B_{Γ} – базовый тариф;

K_{Γ} – коэффициент относительной затратоемкости (Приложение 15 (3.2));

$D_{\text{зп}}$ – значение средней индексированной доли заработной платы (Приложение 15 (3.2));

$K_{\text{Д}}^i$ - 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.

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

Средний размер подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, (FO_{CP}^{AMB}) составляет 7 974,78 рублей.

Средний размер подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации ТП ОМС, не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта РФ.

Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, используемый для расчета коэффициента приведения в амбулаторных условиях в соответствии с перечнем расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (ПН_{БАЗ}) составляет на год 2 098,65 рублей (174,89 рублей 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 1,216698.

Коэффициент специфики оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях *i*-той медицинской организации к базовому подушевому нормативу финансирования, учитывающий следующие критерии: половозрастной состав обслуживаемого населения, плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, уровень и структура заболеваемости обслуживаемого населения, климатические и географические особенности территории обслуживания населения, достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения Красноярского края (KC_{MO}^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 2021 год, тыс. рублей	6857356,4	99 407,9	90 816,9	435624,1	403220,8	895 760,3	888 154,3	551023,9	1077581,7	490786,0	929592,2	283706,8	711681,4
2	Численность застрахованных прикрепленных лиц на 01.01.2021, человек	2 562 960	12 255	11 658	62 974	59 700	213 317	202 279	482 304	500 948	299 728	359 732	116 800	241 265
3	Размер затрат на оплату МП на 1 застрахованного в месяц, рублей	243,2	737,4	708,2	628,9	614	381,7	399,2	103,9	195,6	148,9	234,9	220,8	268,2
4	Коэффициенты дифференциации для каждой половозрастной группы	1,000	3,032	2,912	2,586	2,525	1,569	1,641	0,427	0,804	0,612	0,966	1,6	1,6

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации) для i -той МО (KU_{MO}^i) (Приложение 17 (3.3)).

Половозрастные коэффициенты дифференциации ($KD_{ПВ}^i$) 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 МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (KD_{OT}^i) (Приложение 17 (3.3)).

Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи (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 2022 год составляет:

ФАП, обслуживающий от 100 до 900 жителей, – 1 642,4 тыс. рублей;

ФАП, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, – 2 601,9 тыс. рублей;

ФАП, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, – 2 921,7 тыс. рублей.

Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений МО - фельдшерско-акушерских пунктов с учетом применения коэффициента дифференциации, рассчитанные с применением поправочных коэффициентов по численности обслуживаемого населения, составляют:

ФАП, обслуживающий менее 100 жителей, – 1 149,7 тыс. руб. (применен понижающий поправочный коэффициент к размеру финансового обеспечения ФАП, обслуживающего от 100 до 900 жителей – 0,7);

ФАП, обслуживающий более 2000 жителей, – 3 506,0 тыс. руб. (применен повышающий поправочный коэффициент к размеру

финансового обеспечения ФАП, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей – 1,2).

Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений МО - фельдшерско-акушерских пунктов с учетом применения коэффициента дифференциации по муниципальным образованиям (БНФ^н_{ФАП}) (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^н_{БНФ}) (Приложение 5 (2.1)).

Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, 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.

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 31.12.2020 № 11-7/И/2-20700 «О формировании экономического обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 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 (X пересмотра) по классу «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в организации здравоохранения (z00-z99)».

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

$$T_{ДД}^i = (BT^i * KZ^i * Д * KD^i) + (BT^i * KZ^i * (1-Д)), \text{ где}$$

BT^i – базовый тариф на проведение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, рублей;

KZ^i – коэффициент затратноемкости, учитывающий проведение осмотров (консультаций), исследований и иных медицинских вмешательств в зависимости от пола в определенные возрастные периоды;

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

KD^i – коэффициент дифференциации для муниципальных образований для i -той МО (Приложение 11 (3.1.)).

Тарифы на углубленную диспансеризацию ($T_{уд}^i$) рассчитаны в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 07.07.2021 № 1125 «Об утверждении Правил предоставления в 2021 году иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства Российской Федерации, в целях финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации и г. Байконура по предоставлению межбюджетных трансфертов бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение проведения углубленной диспансеризации застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19), в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования» (далее – постановление Правительства Российской Федерации от 07.07.2021 № 1125):

$$T_{уд}^i = (BT_{уд}^i * KZ^i * D * KD^i) + (BT_{уд}^i * KZ^i * (1 - D)), \text{ где}$$

$BT_{уд}^i$ - рекомендуемая стоимость исследований, по перечню, установленному постановлением Правительства Российской Федерации от 07.07.2021 № 1125;

KZ^i – коэффициент затратоемкости, учитывающий проведение осмотров (консультаций), исследований и иных медицинских вмешательств;

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

KD^i – коэффициент дифференциации для муниципальных образований (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.

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 ($T_{дд\ моб}^i$):

$$T_{дд\ моб}^i = T_{дд}^i * ПК_{моб};$$

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

$$T_{уд\ моб}^i = T_{уд}^i * ПК_{моб}$$

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.)).

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.)).

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

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 24 (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 должен превышать 3 УЕТ.

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

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

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, установленный ТП ОМС, составляет 9 187,6 рублей.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, установленный ТП ОМС, составляет 2 586,7 рублей.

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 8 822,55 рублей.

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 2 537,51 рублей.

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 средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) в стационарных условиях для МО, участвующих в реализации ТП ОМС, составляет:

без учета коэффициента дифференциации 23 777,00 рубля,

с учетом коэффициента дифференциации 35 903,27 рубля.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) в условиях дневного стационара для МО, участвующих в реализации ТП ОМС:

без учета коэффициента дифференциации составляет 14 985,00 рублей,

с учетом коэффициента дифференциации 22 627,35 рублей.

Коэффициент дифференциации 1,510 (Приложение 11 (3.1)).

Значение коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях к базовой ставке, исключая влияние применяемых коэффициентов относительной затратно-емкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента сложности лечения пациентов – 0,65.

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

Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ в стационарных условиях, с указанием коэффициентов относительной затратно-емкости КСГ/КПП (Приложение 25 (3.4)).

Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ в условиях дневного стационара с указанием коэффициентов относительной затратно-емкости КСГ/КПП (Приложение 26 (3.4)).

Тарифы на оплату медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (Приложение 27 (3.4)).

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (Приложение 28 (3.4)).

Перечень КСГ, являющихся исключениями, оплата по которым производится по полному тарифу в стационарных условиях (Приложение 29 (3.4)).

Перечень КСГ, являющихся исключениями, оплата по которым производится по полному тарифу в условиях дневного стационара (Приложение 30 (3.4)).

Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги в стационарных условиях (Приложение 31 (3.4)).

Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги 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 (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.

Размеры оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям 1-6 и 8 порядка оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи, уменьшаются:

на 70 процентов – при длительности лечения до 3 дней;

на 50 процентов – при длительности лечения от 3 до 5 дней;

на 20 процентов – при длительности лечения более 5 дней.

Законченные случаи лечения, входящие в группы, которые являются исключениями по перечню групп (Приложения 29 (3.4), 30 (3.4.)), оплачиваются в полном объеме независимо от длительности лечения.

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 лечения при преждевременной выписке пациента из МО в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся летальным исходом;
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 Приложениях 29 (3.4), 30 (3.4).

Оплата случая лечения по двум КСГ.

Оплата по двум 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 (оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение»).

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности 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..

Выставление случая только по КСГ st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)», без основной КСГ не допускается.

При этом если один из случаев лечения, оплачиваемых по двум КСГ, является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

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, и 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 2-6 пункта порядка оплаты случая лечения по двум КСГ, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4.

Приложениями 29 (3.4) и 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 1-7) по КСГ, перечисленным в данных приложениях, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основанию 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 в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента) (Приложение 39).

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 условии проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике.

2. При условии снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (при этом 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, 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 продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. 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 получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

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 случаев лечения при оказании услуг диализа.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата осуществляется: в условиях дневного стационара: за услугу диализа; за услугу диализа в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, в стационарных условиях: за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации; за услугу диализа только в сочетании 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 за оказанные услуги 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 один месяц 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.

Средний размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации ТП ОМС Красноярского края, в расчете на одно застрахованное лицо, ($FO_{CP}^{СМП}$) составляет 1 239,77 рублей.

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 (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в соответствии с перечнем расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, ($ПН_{БАЗ}$) составляет на год 812,57 рублей (67,71 рублей 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 1,021670202.

Коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, i-той медицинской организации ($КС_{СМП}^i$) (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 2021г. (тыс. рублей)	3044686,7	33 667,3	29 141,5	128434,8	109626,1	141529,1	133483,5	366131,6	463767,6	331843,1	428022,3	251081,8	627958,1
2	Численность обслуживаемого населения на 01.01.2021 (человек)	2 785 245	13 398	12 703	68 643	64 950	236 384	223 983	507 616	521 905	335 707	399 510	132 752	267 694
3	Потребление МП на 1 застрахованного в месяц (рублей)	99,38	228,44	208,55	170,10	153,44	54,43	54,18	65,57	80,78	89,86	97,40	171,94	213,26
4	Относительные коэффициенты КДпв	1,000	2,299	2,099	1,712	1,544	0,548	0,545	0,660	0,813	0,904	0,980	1,730	2,146

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.

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)).

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

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

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

$$T_{\text{тромб}}^i = (BT^i * Д * КД^i) + (BT^i * (1-Д)), \text{ где}$$

BT^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.)).

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.

Средний размер 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 12 396,06 рублей.

Средний размер 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 (среднего) 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 2 099,65 рублей (174,89 рублей 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 1,471424.

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:

KD^i – коэффициент дифференциации i -той МО (Приложение 11 (3.1));

$KD_{от}^i$ – 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 ($KD_{пв}^i$) (Приложение 43 (3.6));

$KU_{мо}^i$ – 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 ($ФДП_{впп}^i$) (Приложение 43 (3.6)).

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания 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	Затраты на оплату медицинской помощи за январь-ноябрь 2021 год, тыс. рублей	2198391,7	17256,5	14252,2	71653,6	64699,0	167776,6	165960,7	174233,1	319398,8	268673,9	385395,0	198542,1	350550,2
2	Численность застрахованных прикрепленных лиц на 01.01.2021, человек	298 699,0	1 289	1 216	6 672	6 304	27 482	25 807	51 901	46 559	41 957	44 547	16 821	28 144
3	Размер затрат на оплату МП на 1 застрахованного в месяц, рублей	669,1	1217	1065,5	976,3	933	555	584,6	305,2	623,6	582,1	786,5	1073	1132,3
4	Коэффициенты дифференциации для каждой половозрастной группы	1,000	1,819	1,592	1,459	1,394	0,829	0,874	0,456	0,932	0,870	1,175	1,604	1,692

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)), в том числе:

перечень 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 (Таблица 1);

перечень показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» (Таблица 2).

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на 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 ежемесячному резервированию из средств, направляемых ежемесячно на подушевое финансирование медицинских организаций в амбулаторных условиях составляет 5%,

весь объем зарезервированных средств делится между МО пропорционально достигнутых результатов деятельности и месячному объему их подушевого финансирования, но не более 50% от ежемесячного объема финансирования каждой МО.

Оценка 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 ежемесячно, по итогам квартала, полугодия, года по показателям, которым соответствует данный период оценки.

Для осуществления выплат МО, в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, обязательным условием является достижение показателей результативности не менее 30% от максимально возможного количества баллов.

По результатам оценки проводится расчет дополнительного финансирования.

Объем средств дополнительного финансирования по итогам оценки деятельности за отчетный период ($C_{\text{доп}}^i$) устанавливается решением Комиссии и рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{доп}}^i = \frac{\text{ФО}^i \times \text{ОД}^i}{\sum \text{ФО}^i \times \text{ОД}^i} \times C, \text{ где:}$$

$C_{\text{доп}}^i$ – размер средств на дополнительное финансирование;

ФО^i – размер финансового обеспечения i -той МО в месяц;

ОД^i – оценка деятельности i -той МО за отчетный месяц, рассчитанная как сумма значений по перечню показателей результативности деятельности МО относительно максимального значения суммы баллов;

C – резерв средств на выплаты МО, в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

Оценка показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники», с целью осуществления выплат стимулирующего характера, осуществляется один раз в год.

Оценка показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» осуществляется представителями регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи, КГБУЗ «Красноярская межрайонная поликлиника № 5» (далее – РЦ ПМСП).

Результаты оценки показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» передаются в Комиссию для осуществления стимулирующих выплат МО по итогам года.

По результатам оценки проводится расчет дополнительного финансирования.

Выплаты стимулирующего характера осуществляются в случае достижения «Бережливой поликлиникой» всех показателей результативности.

Размер средств дополнительного финансирования по итогам оценки деятельности за отчетный год составляет 10 % от суммы подушевого финансирования за декабрь отчетного года.

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 (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = RT \times K_{\text{но}}, \text{ где:}$$

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

$K_{\text{но}}$ - 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 RT 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 ($C_{\text{шт}}$), рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{шт}} = RP^i \times K_{\text{шт}}, \text{ где:}$$

RP^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));

$K_{шт}$ - 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:

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

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 (абзац 4 Раздела 3.3), или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (абзац 3 Раздела 3.5), или подушевой норматив финансирования (абзацы 1, 2 Раздела 3.4);

КД – коэффициент дифференциации;

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

**РАЗДЕЛ 5.
ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.**

Настоящее Соглашение действует с 01 января 2022 года до 31 декабря 2022 года (включительно).

По взаимному согласию Сторон действие соглашения может быть продлено на срок не более одного года.

Внесение изменений и дополнений в настоящее Соглашение оформляется путем подписания дополнительных соглашений в соответствии с решениями Комиссии.

Отдельные аспекты оплаты медицинской помощи, тарифы для оплаты медицинской помощи, вопросы взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования Красноярского края установлены приложениями к настоящему тарифному соглашению и являются неотъемлемой его частью.

ПОДПИСИ СТОРОН.

Органы исполнительной власти Красноярского края _____

А.В. Пожорытов

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Красноярского края _____

С.В. Козаченко

Страховые медицинские организации _____

А.Ю. Орлова

Профессиональный союз работников здравоохранения _____

Е.В. Чугуева

Профессиональная некоммерческая ассоциация _____

С.А. Скрипкин

Перечень приложений

к тарифному соглашению системы обязательного медицинского страхования Красноярского края на 2022 год.

Приложение 1 (2). Способы оплаты медицинской помощи, используемые при оплате медицинской помощи, оказываемые каждой медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Красноярского края.

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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирований на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на 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 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 13 (3.2). Тарифы на диагностические (лабораторные) исследования, исключенные из подушевого норматива финансирования медицинских организаций.

Приложение 14 (3.2). Тарифы на услуги диализа.

Приложение 15 (3.2). Коэффициенты относительной затратно-емкости к базовым тарифам для оплаты диализа, значение средней доли заработной платы в услуге диализа по данным учета фактических затрат.

Приложение 16 (3.3). Коэффициенты подушевого уровня 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). 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 25 (3.4). Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ в стационарных условиях и коэффициенты относительной затратно-емкости КСГ/КПП.

Приложение 26 (3.4). Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ в условиях дневного стационара и коэффициенты относительной затратно-емкости КСГ/КПП.

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, являющихся исключениями, оплата по которым производится по полному тарифу в стационарных условиях.

Приложение 30 (3.4). Перечень КСГ, являющихся исключениями, оплата по которым производится по полному тарифу в условиях дневного стационара.

Приложение 31 (3.4). Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги в стационарных условиях.

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

Приложение 33 (3.4). Перечень КСГ в стационарных условиях, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию.

Приложение 34 (3.4). Перечень КСГ в условиях дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию.

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 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.