**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ НА 2021 ГОД**

**г. Красноярск 28.12.2020**

**РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.**

Тарифное соглашение системы обязательного медицинского страхования Красноярского края на 2021 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»;

Указом Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»;

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 10.12.2020 № 10-4529 «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края на 2021 год и плановый период 2022 и 2023 годов»;

постановлением Правительства Красноярского края от 24.12.2019 № 748-п «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» (далее – ТПГГ);

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

постановлением Правительства Красноярского края от 30.09.2013 № 516-п «Об утверждении государственной программы Красноярского края «Развитие здравоохранения»;

приказом ФФОМС от 7 апреля 2011 г. №79 «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» (в редакции Приказов ФФОМС от 23.03.2018 № 54, от 30.03.2018 № 59, от 28.09.2018 № 200, от 13.12.2018 № 285, от 30.08.2019 № 173,
от 15.01.2020 № 6, от 05.03.2020 № 49);

приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 247 «Об установлении Требований
к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

**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;

- иных аспектов оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы ОМС.

**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 оп****реде****ления**:

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

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

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

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

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

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

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

**Случай госпитализации -** 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 - КПГ) – группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи.

**Оплата медицинской помощи по КСГ (КПГ)** – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя
из установленных: базовой ставки, коэффициента затратоемкости 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 ТПГГ (средняя стоимость законченного случая лечения).

**Коэффициент относительной затратоемкости** – коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ заболеваний или КПГ 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: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов.

**Управленческий коэффициент –** коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ.

**Коэффициент уровня оказания медицинской помощи** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

**Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов МО, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**ОСОБЕННОСТИ ТАРИФНОГО СОГЛАШЕНИЯ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ НА 2021 ГОД.**

Тарифное соглашение системы обязательного медицинского страхования Красноярского края на 2021 год (далее – Тарифное соглашение) сформировано в соответствии с Требованиями к структуре и содержанию Тарифного соглашения, установленными приказом Федерального фонда ОМС от 21.11.2018 № 247.

Тарифное соглашение на 2021 год предусматривает:

1. Обеспечение целей и задач развития здравоохранения и ОМС, предусмотренных указами Президента Российской Федерации
от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»,
от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

2. Совершенствование способов оплаты медицинской помощи, ориентированных на результат деятельности МО:

2.1. Оплата медицинской помощи в условиях дневных стационаров и в стационарных условиях, сформированных на основе КСГ, в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС (Письмо МЗ РФ №11-7/и/2-11779, ФФОМС №17033/26-2/и от 12.12.2019 года) (далее – Методические рекомендации по способам оплаты), в том числе:

увеличение количества КСГ в условиях круглосуточного стационара с 364 до 386 групп, в том числе за счет:

случаев госпитализации взрослых пациентов со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей -
с 3 до 13 групп,

случаев госпитализации при лучевых повреждениях, эвисцерации малого таза при лучевых повреждениях – 2 группы,

случаев госпитализации для проведения тромболитической терапии при инфаркте миокарда и легочной эмболии – дополнительные 2 группы,

случаев госпитализации для лечения пациентов с коронавирусной инфекцией и их долечивания – 5 групп,

случаев госпитализации пациентов для проведения операций по поводу грыж, взрослые – дополнительная 1 группа,

случаев госпитализации для проведения медицинской реабилитации после перенесенной коронавирусной инфекции – 3 группы,

случаев госпитализации для проведения медицинской реабилитации после онкоортопедических операций, по поводу постмастэктомического синдрома в онкологии – 2 группы,

пересмотр содержания и количества КСГ для случаев проведения лучевой терапии – минус 2 группы;

увеличения количества КСГ в условиях дневного стационара со 153 до 172 групп, за счет:

случаев лечения взрослых пациентов со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей
с 3 до 16 групп;

случаев лечения лучевых повреждений – 1 группа,

случаев лечения при проведении медицинской реабилитации после перенесенной коронавирусной инфекции – 2 группы,

случаев госпитализации для проведения медицинской реабилитации после онкоортопедических операций, по поводу постмастэктомического синдрома в онкологии – 2 группы,

случаев лечения с применением экстракорпорального оплодотворения – дополнительные 3 группы,

пересмотр содержания и количества КСГ для случаев проведения лучевой терапии – минус 2 группы.

2.2. В целях сохранения и укрепления здоровья населения, сокращения сроков восстановления утраченного здоровья населения, снижения заболеваемости с временной и стойкой утратой трудоспособности, снижения показателей смертности и инвалидизации населения, увеличения средней продолжительности и повышения качества жизни:

развитие приоритетных направлений в части обеспечения доступности медицинской помощи по профилям «медицинская реабилитация» и «онкология», основанных на ранней диагностике и своевременном лечении;

обеспечение полноты охвата диспансерным наблюдением лиц с хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами и иными состояниями, в первую очередь с болезнями системы кровообращения и злокачественными новообразованиями.

2.3. Оплата ПМСП с учетом внесенных изменений в способы и порядок оплаты в соответствии с Программой государственных гарантий, в том числе:

- включение в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц оплаты за профилактические медицинские осмотры, в том числе проводимые в рамках диспансеризации, с учетом показателей результативности деятельности МО (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико- санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»);

- включение в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц расходов на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий: организация и проведение консультаций по типу «врач-пациент».

- исключение из подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц 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) (в целях плановой госпитализации), а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, в соответствии с нормативами, установленными ТП ОМС.

2.4. Оценка внедрения новой модели МО, оказывающих ПМСП на принципах бережливого производства («Бережливая поликлиника») в соответствии с показателями результативности деятельности «Бережливой поликлиники».

3. Изменение перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, за счет:

- включения 2 методов лечения по профилю «Оториноларингология» (группа 28) «Хирургическое лечение доброкачественных новообразований среднего уха, полости носа и придаточных пазух, гортани и глотки»;

- включения 1 метода лечения по профилю «Педиатрия» (группа 34) «Поликомпонентное лечение тяжелых форм аутоимунного и врожденных моногенных форм сахарного диабета и гиперинсулинизма с использованием систем суточного мониторирования глюкозы и помповых дозаторов инсулина»;

- исключения 3 методов лечения по профилям «Неонатология», «Нейрохирургия», «Травматология и ортопедия».

4. Совершенствование системы мониторинга и контроля за исполнением ТП ОМС в надлежащих объемах, сроках, качестве
и условиях:

4.1. На базе Фонда осуществление ежемесячного контроля выполнения ТП ОМС, в том числе:

- по приоритетным направлениям деятельности, включая диагностические (лабораторные) исследования, исключенные
из подушевого норматива финансирования, на основании представленных персонифицированных сведений об оказанной медицинской помощи;

- при проведении МО профилактических мероприятий, в том числе для выявления болезней системы кровообращения
и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смертности населения (выполнение нормативно закрепленного объема медицинских исследований при диспансеризации на 1 и 2 этапе и профилактических медосмотрах).

4.2. Осуществление деятельности рабочих групп комиссии по разработке ТП ОМС, организованных по территориальному принципу с целью повышения ответственности территорий за предоставление гражданам качественной, своевременной, доступной
и в полном объеме медицинской помощи, повышение качества планирования, оказания и контроля оказания медицинской помощи
на уровне районных и городских образований, обеспечение исполнения ТП ОМС в заданных параметрах.

**РАЗДЕЛ 2.**

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

Настоящий раздел устанавливает порядок взаимодействия Фонда, СМО и МО при оплате медицинской помощи по ОМС.

**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) (в целях плановой госпитализации), 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 (за единицу объема медицинской помощи);

**за единицу объема медицинской помощи** - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации,
на территории которого выдан полис ОМС, а также в отдельных МО, не имеющих прикрепившихся лиц (женские консультации, травматологические пункты, стоматологические поликлиники, консультативные поликлиники, приемные отделения стационаров));

**за единицу объема медицинской помощи** - за медицинскую услугу (используется при оплате 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)
(в целях плановой госпитализации)).

**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 оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую МО, преждевременной выписке пациента из МО при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

**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 в сочетании
с оплатой за вызов СМП.

**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 данной МО лиц, включая оплату медицинской помощипо всем видам и условиям предоставляемой МО медицинской помощи (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) (в целях плановой госпитализации), а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов), с учетом показателей результативности деятельности МО (включая показатели объема медицинской помощи по видам и условиям оказания).

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, производится СМО в соответствии с договором на оказание
и оплату медицинской помощи на основании предъявляемых МО счетов, реестров счетов, с учетом результатов:

медико-экономического контроля (далее – МЭК), осуществляемого Фондом,

контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, осуществляемого СМО в сроки, предусмотренные договором.

Ежемесячно, в случае предъявления МО к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх объёма, распределённого решением комиссии по разработке ТП ОМС (далее – Комиссия), Фонд производит контроль превышения объемов медицинской помощи(относительно 1/12 от утвержденных объемов на год)с отклонением от оплаты счетов, реестров счетов, за исключением объемов медицинской помощи, оказанной:

МО, финансируемыми по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях
(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) (в целях плановой госпитализации), а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов);

МО, финансируемыми по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (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) (в целях плановой госпитализации), а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов);

МО, финансируемыми по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи.

Отклонение производится последовательно, начиная со счетов, реестров счетов с более поздней датой окончания оказания медицинской помощи, пока объемы медицинской помощи в предъявленных счетах, реестрах счетах не установятся в пределах распределенных объемов.

Оценка объема предъявленных МО к оплате случаев оказания медицинской помощи проводится раздельно по направлениям оказания медицинской помощи:

в рамках оказания стационарной помощи отдельно по профилю «Онкология», профилю «Медицинская реабилитация», ВМП, остальной медицинской помощи (за исключением профиля «Онкология», профиля «Медицинская реабилитация», ВМП);

в рамках оказания помощи в условиях дневного стационара отдельно по профилю «Онкология», экстракорпоральному оплодотворению, остальной медицинской помощи (за исключением профиля «Онкология», экстракорпорального оплодотворения);

в рамках оказания медицинских услуг (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) (в целях плановой госпитализации)).

Контроль объема финансового обеспечения осуществляется в соответствии с Порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, а так же ее финансового обеспечения, утверждаемому Министерством здравоохранения Российской Федерации.

МО и СМО ежемесячно анализируют предъявленные к оплате объемы оказанной медицинской помощи и финансовые средства
и за два месяца отчетного квартала оценивают риск превышения объемов медицинской помощи и финансовых средств, распределенных МО на соответствующий квартал решением Комиссии.

В случае превышения объемов медицинской помощи и финансовых средств, распределенных МО решением Комиссии на квартал, МО до окончания отчетного квартала и формирования реестров счетов обязана обратиться в Комиссию с предложением о перераспределении объемов медицинской помощи и финансовых средств.

СМО в течение одного рабочего дня с даты принятия реестров счетов МО с учетом результатов МЭК, при превышении объемов медицинской помощи и финансовых средств, распределенных МО решением Комиссии на квартал, обязана обратиться в Комиссию с предложением о перераспределении МО объемов медицинской помощи и финансовых средств.

Отклоненные от оплаты, по причине перевыполнения объемов медицинской помощи и финансовых средств, счета, реестры счетов могут быть предъявлены МО к оплате в следующем периоде в рамках распреленных Комиссией объемов медицинской помощи.

Сумма средств, не подлежащая оплате МО, в связи с предъявлением к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх объема медицинской помощи и финансовых средств, распределенных МО решением Комиссии, не удерживается из целевых средств СМО и не учитывается при формировании нормированного страхового запаса Фонда.

**Межучрежденческие расчеты за оказанную медицинскую помощь (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) (в целях плановой госпитализации)).**

Межучрежденческие расчеты за оказанную медицинскую помощь (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) (в целях плановой госпитализации)) 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. МО-исполнителем составляется реестр счетов по установленным Тарифным соглашением тарифам на каждое лабораторное и диагностическое исследование, лечебную услугу, посещение, обращение, выполненные пациенту, с указанием информации о МО, выдавшей направление.

СМО осуществляют оплату медицинской помощи, оказанной МО-исполнителем, на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для МО-прикрепления или МО-направления уменьшается на объем средств, перечисленных МО-исполнителю за оказанную медицинскую помощь по направлениям, выданным данными МО.

МО-прикрепления или МО-направления направляет пациентов для получения медицинских услуг к МО-исполнителю по утвержденному порядку маршрутизации пациентов с выдачей направления установленного образца и приложением необходимых результатов ранее выполненных исследований и консультаций.

Направление не требуется при оказании услуг в стоматологических поликлиниках, травматологических пунктах, женских консультациях, по месту предоставления медицинской помощи населению узкими специалистами в соответствии с установленными порядками оказания медицинской помощи в Красноярском крае, при оказании амбулаторной медицинской помощи гражданам
не по месту прикрепления.

МО-исполнитель формирует реестр оказанной им в отчетном периоде медицинской помощи, МО-прикрепления или МО-направления проводит проверку на соответствие собственному учету и подписывает реестр оказанных медицинских услуг.

Разногласия в оплате между МО-прикрепления, направившей прикрепленных пациентов для получения медицинской помощи,
или МО-направления и МО-исполнителем, оказавшей данную помощь, разрешаются данными МО самостоятельно или с привлечением СМО.

Взаиморасчеты за оказанную медицинскую помощь между МО учитываются в рамках централизованного расчета, выполняемого Фондом, и включаются в общий счет.

В случае превышения сумм, принятых к оплате СМО за медицинскую помощь, оказанную МО-исполнителем, над суммой
на оплату оказанной медицинской помощи за отчетный период в МО-прикрепления или МО-направления, СМО удерживает сумму данного превышения со счета за следующий отчетный период.

В случае, если в соответствии с уведомлением об осуществлении деятельности в сфере ОМС, медицинская организация включена
в реестр медицинских организаций, но решением Комиссии медицинской организации 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (в целях плановой госпитализации)),

то тарифы на оказание медицинской помощи в части оказания иных диагностических (лабораторных) исследований таким медицинским организациям устанавливаются Тарифным соглашением в целях проведения межучрежденческих расчетов.

* 1. **СВЕДЕНИЯ О ПРИМЕНЕНИИ СПОСОБОВ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ
	В** **АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.**
		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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)
(в целях плановой госпитализации), а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, 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 (за единицу объема медицинской помощи) (Приложение 1 (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 2 (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 3 (2.1.));

Медицинские организации, имеющие в составе фельдшерско-акушерские пункты и размер их финансового обеспечения (Приложение 4 (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 5 (2.1)).

* + 1. **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.

Объемы и финансовое обеспечение медицинской помощи, устанавливаются на основании базового пакета услуг в МО
в зависимости от численности прикрепленного населения (Приложение 6 (2.1.)), сформированного с учетом требований приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 февраля 2016 г. N 132н «О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения», оказывающих ПМСП.

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

- профилактические медицинские осмотры, в том числе проводимые в рамках 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»;

- телемедицинская услуга «Врач-пациент»;

- диагностические (лабораторные) исследования для проведения межучрежденческих расчетов (Приложение 13 (3.2)).

**Расчет подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными нормативами.**

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными нормативами, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете
на одно застрахованное лицо определяется по следующей формуле:

$ПН\_{А}=\frac{ФО\_{СР}^{АМБ}×Ч\_{З}-ОС\_{ФАП}-ОС\_{ИССЛЕД}\_{}-ОС\_{НЕОТЛ}-ОС\_{непр}-ОС\_{ПП}}{Ч\_{З}}$, где:

ПНА - подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными нормативами;

ОСФАП - размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии
с установленными ТП ОМС размерами финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (Приложение 4 (2.1));

ОСИССЛЕД - размер 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (в целях плановой госпитализации)) в соответствии с нормативами, установленными ТП ОМС;

ОСНЕОТЛ - размер средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными ТП ОМС;

ОСнепр – размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи неприкрепленному населению;

ОСПП – размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи МО, финансируемых по подушевому нормативу финансирования по всем условиям оказания медицинской помощи.

Размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов в i-той МО, рассчитывается
по формуле:

$ОС\_{ФАП}^{i}=\sum\_{n}^{}(Ч\_{ФАП}^{n}×ФРО\_{ФАП}^{n}×К\_{ФРОч }^{n}×К\_{ФРОш }^{n}×КДмо)$, где:

$ОС\_{ФАП}^{i}$ - размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов в i-той МО;

$Ч\_{ФАП}^{n}$ - число фельдшерско-акушерских пунктов n-типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения
и соответствия требованиям, установленным нормативным правовым актом Минздрава России);

$ФРО\_{ФАП}^{n}$ - финансовый размер обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа;

$К\_{ФРОч}^{n}$ - коэффициент дифференциации финансового размера обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (для фельдшерско-акушерских пунктов Красноярского края, обслуживающих менее 100 жителей, установлено значение, равное 0,7; от 100 до 2000 жителей – 1,0; свыше 2000 жителей – 1,2);

$К\_{ФРОш}^{n}$ - коэффициент дифференциации финансового размера обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов, учитывающий соответствие/несоответствие укомлектованности фельдшерско-акушерских пунктов рекомендуемым штатным нормативам (при соответствии устанавливается значение 1,0, при частичном несоответствии - 0,9, при полном отсутствии физических лиц, при отсутствии физических лиц на штатных должностях медицинских работников – 0,0 (финансовое обеспечение не устанавливается));

КДмо – коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края.

Распределение средств на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов, не укомплектованных физическими лицами по должностям заведующий фельдшерско-акушерским пунктом – фельдшер, акушерка, медицинская сестра,
не осуществляется.

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

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

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

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

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

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

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

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

$ФРО\_{ФАП}^{j}$ - размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, рассчитанный на основании размеров финансового обеспечения и поправочных коэффициентов (на год);

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

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи рассчитывается по следующей формуле:

$ПН\_{БАЗ}=(ПН\_{А}-\frac{ОС\_{ЕО}}{Ч\_{З}})/КД$, где:

ПНБА3 - базовый (средний) подушевой норматив финансирования, рублей;

КД – коэффициент дифференциации для Красноярского края, устанавливаемый на федеральном уровне;

ОСЕО - размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой 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.

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы для МО по следующей формуле:

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

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

$КУ\_{МО}^{i}$ - коэффициент подуровня, к которому относится i-тая МО;

$КД\_{ПВ}^{i}$ - половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-той МО;

$КД\_{от}^{i}$ – 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;

$КД\_{суб}^{i}$, - районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, установленные для территории Красноярского края нормативно-правовыми актами РФ, на которой расположена i-ая МО.

Половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-той МО, рассчитывается по формуле:

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

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

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

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

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

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

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

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

$КД\_{ОТj}$ - 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 амбулаторной медицинской помощи, к общему объему средств на финансирование МО рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$ПК=\frac{ПН\_{БАЗ}×Ч\_{З}×КД}{\sum\_{i}^{}(ДП\_{Н}^{i}×Ч\_{З}^{i})\_{}}$, где

КД - коэффициент дифференциации тарифов для Красноярского края.

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

 $ФДПн^{i}=ДПн^{i}×ПК/n\_{МЕС}$. где:

$ФДПн^{i}$ - фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для
i-той МО в месяц, рублей,

nмес – количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

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

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

ОСПН - финансовое обеспечение МО, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, рублей;

ОСРД - размер средств, направляемых на выплаты МО в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей;

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

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.

* + 1. **ПЕРЕЧЕНЬ ЕДИНИЦ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОПЛАЧИВАЕМЫХ ПО ОТДЕЛЬНЫМ ТАРИФАМ.**

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

- посещение (с иными целями и при оказании медицинской помощи в неотложной форме) при оплате медицинской помощи неприкрепленному населению;

- законченный случай лечения в поликлинике - обращение по поводу заболевания (кратность посещений по поводу одного заболевания не менее 2) неприкрепленному населению;

- медицинская услуга неприкрепленному населению;

- комплексное посещение по диспансеризации, профилактическому медицинскому осмотру неприкрепленному населению;

- услуга диализа;

- телемедицинская услуга «Врач-врач», консультация при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой с применением телемедицинских технологий в целях вынесения заключения по результатам диагностических исследований;

- медицинская услуга: комплексные обследования супружеских пар с нарушением репродуктивной функции (бесплодие, невынашивание), комплексные кардиологические обследования, комплексные исследования при подозрении на инфицирование коронавирусной инфекцией, комплексные исследования перед проведением оперативного вмешательства (гинекология, урология), комплексные исследования при ЛОР-заболеваниях, иммуногистохимические исследования, позитронно-эмиссионная томография.

- диагностическая услуга: 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, тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (в целях плановой госпитализации) 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (в целях плановой госпитализации)) осуществляется лечащим врачом, оказывающим ПМСП,
в том числе специализированную ПМСП, при наличии медицинских показаний, в сроки, установленные ТПГГ.

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

СМО осуществляют контроль за назначением, направлением на проведение и выполнением 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (в целях плановой госпитализации)) в соответствии с нормативно-правовыми актами Российской Федерации и Красноярского края.

**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 13.03.2019 №124н
«Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – Порядок) и нормативными документами министерства здравоохранения Красноярского края.

Диспансеризация проводится:

один раз в три года в возрасте от 18 до 39 лет включительно;

ежегодно в возрасте 40 лет и старше.

Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно:

в качестве самостоятельного мероприятия;

в рамках диспансеризации;

в рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации).

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются завершенными в случае выполнения
в течение календарного года не менее 85 % от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является анкетирование и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала
на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером – гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации рекомендуется проводить в течение одного рабочего дня.

МО работающему гражданину выдается справка о прохождении профилактического медицинского осмотра или диспансеризации в соответствии с Порядком выдачи МО справок и медицинских заключений, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 сентября 2020 г. N 972н.

Оплата первого этапа диспансеризации и профилактического медицинского осмотра производится за выполненные комплексные посещения.

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

В рамках проведения профилактических мероприятий министерство здравоохранения Красноярского края обеспечивает организацию прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе в вечерние часы
и субботу, а также предоставляет гражданам возможность дистанционной записи на медицинские исследования.

Министерство здравоохранения Красноярского края размещает на своем официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» информацию о МО, на базе которых граждане могут пройти профилактические медицинские осмотры, включая диспансеризацию.

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и включает в себя (при наличии показаний) проведение следующих осмотров и исследований: осмотр (консультацию) врача-невролога, врача-акушера-гинеколога, врача-оториноларинголога, дуплексное сканирование брахицефальных артерий, осмотр (консультацию) врача-хирурга, врача-уролога, врача-колопроктолога, включая проведение ректороманоскии, проведение колоноскопии, эзофагогастродуоденоскопии, трансректальное ультразвуковое исследование, рентгенографию легких, компьютерную томографию легких, спирометрию, проведение индивидуального или группового (школы для пациентов) углубленного профилактического консультирования; осмотр (консультацию) врача-дерматовенеролога, включая проведение дерматоскопии (по назначению врача-терапевта); проведение исследования уровня гликированного гемоглобина в крови по назначению врача-терапевта по результатам осмотров и исследований первого этапа диспансеризации; прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам второго этапа диспансеризации.

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

В соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными ТП ОМС, в рамках проведения второго этапа диспансеризации оплачиваются:

врачебные посещения – в соответствии с установленными тарифами на посещения,

диагностические (лабораторные) исследования, входящие в подушевой норматив финансирования – в рамках подушевого норматива финансирования,

диагностические (лабораторные) исследования, не входящие в подушевой норматив финансирования – за медицинскую услугу.

При этом сроки проведения консультаций врачей-специалистов (за исключением подозрения на онкологическое заболевание) должны составлять не более 14 рабочих дней со дня обращения пациента в МО;

сроки проведения консультаций врачей-специалистов в случае подозрения на онкологическое заболевание - не более 3 рабочих дней со дня обращения пациента в МО;

сроки проведения диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональную диагностику, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании ПМСП - не более
14 рабочих дней со дня назначения исследований (за исключением исследований при подозрении на онкологическое заболевание);

сроки проведения компьютерной томографии (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании ПМСП (за исключением исследований при подозрении на онкологическое заболевание) - не более 14 рабочих дней со дня назначения исследований;

сроки проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований в случае подозрения на онкологическое заболевание - не более 7 рабочих дней со дня назначения исследований.

**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.

Случай диспансеризации считается законченным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения лабораторных, инструментальных и иных исследований. В структуру тарифа за счет средств ОМС расходы на проведение осмотра врачом-психиатром не включаются.

**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.

Оплата медицинских осмотров несовершеннолетних производится за фактически выполненные законченные случаи, при этом обязательным следует считать осмотр врача – педиатра участкового.

Общая продолжительность I этапа диспансеризации должна составлять не более 10 рабочих дней, профилактического осмотра - не более 20 рабочих дней, а при назначении дополнительных консультаций, исследований и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других МО общая продолжительность диспансеризации
и профилактического осмотра - не более 45 рабочих дней (I и II этапы).

При проведении диспансеризации и профилактических осмотров учитываются результаты осмотров врачами специалистами
и исследований, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), давность которых
не превышает трех месяцев с даты проведения осмотра и (или) исследования, а у детей, не достигших возраста двух лет, учитываются результаты осмотров и исследований, давность которых не превышает одного месяца с даты осмотра и (или) исследования.

Результаты флюорографии легких (рентгенографии (рентгеноскопии), компьютерной томографии органов грудной клетки, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), учитываются, если их давность
не превышает 12 месяцев с даты проведения исследования.

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

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

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

Стоимость законченного случая лечения заболевания в рамках оплаты на основе КСГ (Сксг) (за исключением случаев госпитализаций взрослых с применением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях) производится по формуле:

Сксг = БС\*КЗксг\*ПК

Стоимость законченного случая лечения заболевания в рамках оплаты на основе КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых
со злокачественными новообразованиями (Сксг/зно) определяется по следующей формуле:

Сксг/зно = БС\*КЗксг\*((1-Дзп)+Дзп\*ПК), где

Дзп – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливаемое на федеральном уровне значение
в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты) (Приложение 28 (3.4));

БС – базовая ставка финансирования медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара, оплачиваемой по системе КСГ в рамках ТП ОМС (средняя стоимость 1 случая лечения), рассчитанная исходя из объема средств
на финансовое обеспечение медицинской помощи по нормативам, установленным ТП ОМС, в расчете на одного пролеченного пациента;

КЗксг – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай (устанавливается на федеральном уровне в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты);

ПК – интегрированный поправочный коэффициент оплаты КСГ, рассчитанный с учетом коэффициентов оплаты по следующей формуле: ПК = КДмо\*КУксг\*Кус\*КСЛП, где

КДмо - коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края;

КУксг – управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен случай госпитализации;

Кус – коэффициент подуровня оказания медицинской помощи в МО, в которой был пролечен пациент;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента, учитывающий случаи, для которых установлен коэффициент.

При применении нескольких коэффициентов сложности лечения пациента значения коэффициентов суммируются по формуле:

КСЛПитог = КСЛП1 + (КСЛП2-1) + (КСЛПn-1).

При этом суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8, за исключением случаев сверхдлительной госпитализации. В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями, рассчитанное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется без ограничения итогового значения.

Медицинская реабилитация проводится в условиях круглосуточного, а также дневного стационара 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 (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. Градации оценки и описание ШРМ приведены в Инструкции (Письмо МЗ РФ №11-7/и/2-11779, ФФОМС №17033/26-2/и от 12.12.2019 года).

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.

Медицинская помощь по профилю «Онкология» оплачивается по КСГ st19.001-st19.026, st19.037-st19.038, st19.062-st19.103
в стационарных условиях и по КСГ ds19.016-ds19.017, ds19.028-ds19.029, ds19.033, ds19.037-ds19.079 в условиях дневного стационара.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата осуществляется: в амбулаторных условиях:
за услугу диализа, 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 2-х 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.

В период лечения в круглосуточном и дневном стационаре, пациент обеспечивается всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС).

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.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к ВМП осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе государственных гаратий в рамках перечня видов ВМП, содержащего, в том числе, методы лечения и источники финансового обеспечения ВМП (далее – Перечень ВМП). В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, 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 ТП ОМС, с указанием кода ВМП, наименования вида ВМП, перечня нозологий, модели пациента, вида лечения, метода лечения.

Норматив финансовых затрат на единицу объема i-ой группы ВМП (Nвмпi) определяется по формуле:

Nвмпi=Ni+ (Ni\*Х)\*(КД-1), где

Ni – средняя стоимость единицы объема i-ой группы ВМП, в соответствии с Программой государственных гарантий;

Х – доля i-го норматива финансовых затрат, индексируемая на коэффициент дифференциации (Приложение 12 к письму министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2019 №11-7/и/2-12330 «О формировании и экономическом обосновании ТПГГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»);

КД – коэффициент дифференциации тарифов для Красноярского края.

Объемы предоставления и финансовое обеспечение медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара распределяются между МО Комиссией на год с разбивкой по кварталам с выделением объемов и финансовых средств по профилю «Онкология», «Медицинская реабилитация», ВМП.

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

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

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощьоказывается 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 реанимационной 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», «смертьв 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 разбивкой по кварталам, с выделением объемов (вызовов) СМП и финансовых средств, предусмотренных на проведение тромболитической терапии.

На основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, определяется средний размер финансового обеспечения СМП, оказываемой вне МО, в расчете на одно застрахованное лицо: , где:

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

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

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

Чз - численность застрахованного населения Красноярского края.

Сверка численности обслуживаемого населения производится на основании данных регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц Красноярского края (далее - РС ЕРЗЛ) ежемесячно по состоянию на первое число текущего месяца. Сверка оформляется в виде актов сверки численности обслуживаемого населения, подписываемых СМО с МО для групп лиц по полу
и возрасту с дифференциацией.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования СМП, оказываемой вне МО, рассчитывается исходя из среднего размера финансового обеспечения СМП, оказываемой вне МО, в расчете на одно застрахованное лицо:

$ПН\_{баз}$= ($\frac{(ФО\_{СР}^{СМП}XЧз-ОСв)}{Чз}$)/КД, где:

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

КД - коэффициент дифференциации для Красноярского края, устанавливаемый на федеральном уровне.

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования СМП, оказываемой вне МО, с учетом коэффициентов дифференциации стоимости оказания медицинской помощи, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для однородных групп (подгрупп) МО:

, где:

 - средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования СМП, определенный для i-той группы (подгруппы) МО.

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования СМП определяется по каждой МО:

КДинт=КДпв×КДси×КДсуб, где:

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

КДСИ - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание МО;

КДСУБ - коэффициент дифференциации расходов по заработной плате.

Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива финансирования СМП ранжируются от максимального до минимального значения и объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы ().

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

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

 - численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той группе (подгруппе) МО, человек.

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

$$ФДПн^{i}=ДПн^{i}×ПК/nмес$$

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

, где:

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

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

**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.

Базовый пакет услуг в МО, оказывающих ПМСП, в зависимости от численности прикрепленного населения, установлен в Приложении 6 (2.1.).

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, в том числе проводимые в рамках 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (в целях плановой госпитализации), а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с нормативами, установленными ТП ОМС;

в стационарных условиях и в условиях дневного стационара – госпитализации по соответствующим КСГ.

В состав подушевого норматива финансирования на прикрепившихся граждан с включением оплаты всех видов медицинской помощи не входят и оплачиваются отдельно по тарифам:

- ПМСП, медицинская помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, оказанная неприкрепленному населению;

- отдельные медицинские услуги (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (в целях плановой госпитализации) в соответствии с нормативами, установленными ТП ОМС);

- финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов.

Прикрепление застрахованных лиц к МО, включенных в Приложение 10 (2.4), осуществляется в соответствии с Порядком прикрепления застрахованных лиц к МО.

Расчет подушевого норматива финансирования с включением оплаты всех видов медицинской помощи (ПН) на один месяц на одного застрахованного по ОМС жителя производится по формуле:

ПН= Ф/Ч, где:

Ф - объем финансирования с включением оплаты всех видов медицинской помощи, исходя из суммы средств, предусмотренных
на подушевое финансирование МО, включенных в Приложение 10 (2.4);

Ч – численность прикрепленного застрахованного населения в МО, включенных в Приложение 10 (2.4).

Дифференцированный подушевой норматив для i-ой МО-прикрепления ($ДП\_{н}^{i}$) рассчитывается по формуле:

$ДП\_{н}^{i}$=ПН\*$КУ \_{мо}^{i}$ х $КД \_{пв}^{i}$ х $КД \_{от}^{i}$ х $КД \_{суб}$, где:

$КУ\_{МО}^{i}$ - коэффициент подуровня, к которому относится i-тая МО;

$КД\_{ПВ}^{i}$ - половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-той МО;

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

$КД \_{суб}$, - районные коэффициенты к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, установленные для Красноярского края нормативно-правовыми актами РФ.

Половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-той МО рассчитывается по формуле:

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

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

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

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

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

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

$ОС\_{ПН}=ДП\_{Н}^{i}×Ч\_{З}^{i}×(1-Д\_{РД})+ОС\_{РД}$, где:

ОСПН - финансовое обеспечение МО, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, рублей;

ОСРД - размер средств, направляемых на выплаты МО в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей;

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

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 в Разделе 2.

**РАЗДЕЛ 3.**

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

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

Формирование тарифов осуществляется в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, утвержденной Правилами ОМС. Тарифы включают в себя статьи затрат, установленные ТП ОМС Красноярского края.

Расчет тарифов осуществляется на единицу объема медицинской помощи, на медицинскую услугу, за вызов скорой медицинской помощи, за законченный случай лечения заболевания, на основе подушевого норматива финансирования МО на прикрепленных к МО застрахованных лиц (обслуживаемых МО), а также подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям оказания медицинской помощи.

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.

В основу системы оплаты медицинской помощи положены тарифы на медицинские услуги при оказании медицинской помощи
в амбулаторных условиях, стационарных условиях, в условиях дневного стационара и скорой медицинской помощи. Формирование тарифов на медицинскую помощь осуществляется исходя из нормативов, предусмотренных ТП ОМС.

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

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

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

Структура тарифа на оплату медицинской помощи (подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях, подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, подушевой норматив финансирования по всем видам и условиям оказания 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 тарифах учитываются затраты по статьям, подстатьям в зависимости от их экономического содержания в соответствии с Порядком формирования и применения кодов бюджетной классификации Российской Федерации, их структуре и принципах их назначения, утвержденным приказом Минфина России от 06.06.2019 № 85н. Отнесение затрат на соответствующую статью расходов определяется Порядком применения классификации операций сектора государственного управления, утвержденного приказом Минфина России
от 29.11.2017 № 209н.

Расходование средств ОМС на заработную плату осуществляется в пределах фонда оплаты труда предусмотренного планом финансово-хозяйственной деятельности МО (ПФХД) в соответствии с утвержденной штатной численностью персонала МО, участвующего в оказании медицинских услуг по ТП ОМС.

При наличии в штатном расписании должностей врачебного, среднего и младшего медицинского персонала, финансируемых из иных источников, должности прочего персонала обеспечивающего условия оказания медицинской помощи устанавливаются в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, и (или) утвержденными в МО нормами труда с выплатой заработной платы за счет соответствующего источника.

Размер подушевого норматива финансового обеспечения базовой программы ОМС на 2021 год предусматривает выплату заработной платы медицинским работникам с учетом сохранения соотношения заработной платы к среднемесячному доходу от трудовой деятельности
в Красноярском крае отдельных категорий медицинских работников согласно Указу Президента РФ от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях
по реализации государственной социальной политики».

Органы исполнительной власти Красноярского края при решении вопроса об индексации заработной платы медицинских работников МО обеспечивают в приоритетном порядке индексацию заработной платы медицинских работников, оказывающих ПМСП и скорую медицинскую помощь.

Индексация заработной платы осуществляется с учетом фактически сложившегося уровня отношения средней заработной платы медицинских работников к среднемесячной начисленной заработной плате работников в организациях, у индивидуальных предпринимателей и физических лиц (среднемесячному доходу от трудовой деятельности) по Красноярскому краю.

Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

медицинским работникам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам, медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь
в амбулаторных условиях;

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам МО и подразделений СМП за оказанную скорую медицинскую помощь вне МО;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Тарифами на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС не предусмотрены:

расходы по социальным, компенсационным выплатам работникам (в том числе предоставление гарантий и компенсаций лицам, заключившим трудовые договоры о работе в краевых государственных учреждениях, расположенных в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, и прибывшим в соответствии с этими договорами из других территорий края и субъектов РФ: единовременное пособие в размере двух должностных окладов (месячных тарифных ставок) и единовременное пособие на каждого прибывающего с работником члена его семьи; оплата отпуска продолжительностью семь календарных дней для обустройства на новом месте. Выплата ежемесячной компенсационной выплаты молодежи (лицам в возрасте до 30 лет), прожившей в районах Крайнего Севера не менее пяти лет и работающей в краевых государственных учреждениях, расположенных в локальных природно-климатических зонах Крайнего Севера);

расходы на осуществление выплат, не предусмотренных действующим законодательством: премии и поощрения к праздникам 8 марта, 23 февраля, Дню медицинского работника, юбилейным датам, при выходе на пенсию и т.п.;

расходы на осуществление выплат материальной помощи по основаниям, не предусмотренным действующим законодательством;

расходы на оплату труда и начислений на оплату труда специалистов МО, задействованных в оказании платных услуг.

Планирование и расходование средств на продукты питания осуществляются на основании среднесуточного набора продуктов питания на одного больного в МО в соответствии с нормативными документами по организации лечебного питания, в пределах средств, предусмотренных ПФХД на продукты питания.

Расходы на лекарственные препараты и медицинские изделия осуществляются по каждому структурному подразделению (поликлинике, профильному отделению стационара) и/или в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи, в пределах средств МО.

МО обеспечивают использование средств на приобретение лекарственных препаратов, расходных материалов для оказания медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования с учетом Клинических рекомендаций Министерства здравоохранения по МКБ-10: С00-D48 «Новообразования», Типовых стандартизированных схем ведения пациентов, порядков оказания медицинской помощи и исходя из необходимости достижения заданных результатов с использованием наименьшего объема средств (экономности) и (или) достижения наилучшего результата с использованием определенного объема средств (результативности).

Тарифами на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС не предусмотрены расходы на приобретение:

вакцин для профилактики инфекционных заболеваний у категории граждан, подлежащих вакцинации, в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям;

антирабического и противоклещевого иммуноглобулина, антирабической вакцины в целях осуществления профилактики инфекционных заболеваний;

антиретровирусных препаратов для профилактики профессионального заражения сотрудников МО ВИЧ-инфекцией, а также приобретение арбидола, гриппферона для профилактики профессионального заражения сотрудников МО инфекционными заболеваниями.

Планирование и расходование средств на мягкий инвентарь осуществляется по нормам оснащения мягким инвентарем, с учетом сроков его использования в соответствии с действующими нормативными правовыми актами, в пределах средств, предусмотренных ПФХД на мягкий инвентарь.

Затраты на амортизацию основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь стоимостью до ста тысяч рублей), используемых при оказании медицинской помощи (медицинской услуги), а также непосредственно не используемых при оказа*н*ии медицинской помощи (медицинской услуги), определяются исходя из балансовой стоимости оборудования, годовой нормы его износа
и времени работы оборудования в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

Затраты на коммунальные услуги определяются обособленно по видам энергетических ресурсов, исходя из нормативов потребления коммунальных услуг с учетом требований обеспечения энергоэффективности и энергосбережения, или исходя из фактических объемов потребления коммунальных услуг за прошлые годы с учетом изменений в составе используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги) движимого и недвижимого имущества:

- затраты на холодное водоснабжение и водоотведение;

- затраты на горячее водоснабжение;

- затраты на теплоснабжение;

- затраты на электроснабжение.

В случае заключения энергосервисного договора (контракта) дополнительно к указанным нормативным затратам определяются нормативные затраты на оплату исполнения энергосервисного договора (контракта), на величину которых снижаются нормативные затраты
по видам энергетических ресурсов.

Расходы на содержание объектов недвижимого имущества включают следующие группы затрат:

- затраты на эксплуатацию системы охранной сигнализации и противопожарной безопасности;

- затраты на аренду недвижимого имущества;

- затраты на уплату налогов, в качестве объекта налогообложения по которым признается недвижимое имущество, закрепленное
за МО или приобретенное МО за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества, в том числе земельные участки;

- затраты на содержание прилегающих территорий в соответствии с утвержденными санитарными правилами и нормами;

- прочие затраты на содержание недвижимого имущества.

Расходы на содержание объектов движимого имущества включают следующие группы затрат:

- затраты на техническое обслуживание и текущий ремонт движимого имущества;

- затраты на материальные запасы, потребляемые в рамках содержания движимого имущества, не отнесенные к затратам, непосредственно связанным с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги);

- затраты на уплату налогов, в качестве объекта налогообложения движимого имущества, закрепленного за МО или приобретенного
МО за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества;

- затраты на обязательное страхование гражданской ответственности владельцев транспортных средств;

- затраты на арендную плату, в том числе финансовую аренду объектов (лизинг) без ограничения размера платежа. (В случае если договором аренды предусмотрен выкуп предмета лизинга в соответствии со статьей 624 Гражданского кодекса Российской Федерации,
то расходы по приобретению предмета лизинга включаются в размере, не превышающем ста тысяч рублей);

- прочие затраты на содержание движимого имущества.

Расходы на приобретение услуг связи и приобретение транспортных услуг определяются исходя из нормативов потребления
или фактических объемов потребления за прошлые годы в натуральном или стоимостном выражении.

Тарифами на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС не предусмотрены:

работы, услуги по разработке проектно-сметной документации, проведению государственной экспертизы проектно-сметной документации, капитальному ремонту имущества (зданий сооружений, оборудования, автомобилей), закрепленного за бюджетным учреждением на праве оперативного управления; работы по присоединению к сетям инженерно-технического обеспечения, по увеличению потребляемой мощности; обследование строительных конструкций помещений, установка (расширение) единых функционирующих систем (включая приведение в состояние, пригодное к эксплуатации), таких как охранная, пожарная сигнализация, видеонаблюдение. При определении видов ремонта (капитальный или текущий) следует руководствоваться Положением о проведении планово-предупредительного ремонта производственных зданий и сооружений, утвержденным постановлением Госстроя СССР от 29.12.1973 № 279, Положением об организации и проведении реконструкции, ремонта и технического обслуживания зданий, объектов коммунального и социально-культурного назначения, утвержденным приказом Госкомархитектуры от 23.11.1988 № 312;

расходы на оплату услуг по доставке, приему, хранению и уничтожению наркотических средств, принятых от родственников умерших больных;

расходы на оплату услуг по санитарной обработке в очагах туберкулеза, опасных инфекций;

расходы на оплату услуг по страхованию работников МО на случай причинения вреда их жизни и/или здоровью во время выполнения должностных обязанностей (за исключением обязательного социального страхования);

расходы по транспортировке пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места их фактического проживания до места получения медицинской помощи методом заместительной почечной терапии и обратно;

расходы по транспортировке тел умерших из стационара в морг;

расходы на приобретение алкотестеров, расходных материалов (индикаторов для обнаружения алкоголя), оплата услуг по поверке, техническому обслуживанию алкотестеров.

Распределение затрат, необходимых для деятельности МО в целом, по отдельным видам медицинской помощи (медицинским услугам) необходимо осуществлять по источникам финансового обеспечения способом закрепленным в Учетной политике МО с учетом требований органа, осуществляющего полномочия учредителя.

Недопустимы ситуации, когда при наличии нескольких источников финансирования общехозяйственные расходы возмещаются исключительно за счет средств ОМС.

ПФХД государственных учреждений здравоохранения формируются в соответствии с требованиями приказа Минфина РФ № 186н
от 31.08.2018 «О требованиях к составлению и утверждению плана финансово-хозяйственной деятельности государственного (муниципального) учреждения».

Закупка товаров, работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд, заключение и оплата государственных контрактов, а также гражданско-правовых договоров бюджетных учреждений осуществляется с учетом потребности текущего календарного года и в пределах средств, предусмотренных ПФХД в разрезе статей и подстатей классификации операций сектора государственного управления бюджетной классификации Российской Федерации.

Перераспределение средств между видами и условиями оказания медицинской помощи возможно по решению (приказу) главного врача МО, при условии подтверждения обоснованности отнесения фактических расходов на лечебные подразделения на основании данных экономического анализа.

МО обеспечивает целевое и эффективное использование средств ОМС в соответствии с нормами действующего законодательства.

**Коэффициенты дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края.**

Коэффициенты дифференциации тарифов устанавливаются для муниципальных образований Красноярского края.

В соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты, коэффициент дифференциации 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» (далее – Постановление от 05.05.2012 № 462).

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 (коэффициент стоимости жилищно-коммунальных услуг, коэффициент уровня цен, коэффициент к заработной плате по муниципальным образованиям Красноярского края) взята из приложения 11. Расчетные файлы к проекту Закона Красноярского края «О краевом бюджете на 2021 год и плановый период 2022-2023 годов», размещенного на официальном сайте Министерства финансов Красноярского края (http://minfin.krskstate.ru) по ссылке [http://www.krskstate.ru/zakonprojekts/documents/0/doc/6950](http://www.krskstate.ru/zakonprojekts/documents/0/doc/60347)6.

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

**Коэффициенты дифференциации расходов по заработной плате.**

Коэффициенты дифференциации расходов по заработной плате учитывают районный коэффициент к заработной плате и процентную надбавку к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, установленные для Красноярского края нормативно-правовыми актами РФ (Приложение 12 (3.1)).

**3.2. УСТАНОВЛЕНИЕ ТАРИФОВ НА ОТДЕЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ.**

**Тарифы на диагностические услуги.**

Тарифы на диагностические (лабораторные) услуги для проведения межучрежденческих и межтерриальных расчетов (Приложение
13 (3.2.)).

Тарифы на диагностические (лабораторные) услуги, исключенные из подушевого норматива финансирования МО (Приложение
14 (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».

**Тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.**

Тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (Приложение 14 (3.2)).

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 исследований;

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

Тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий рассчитаны согласно Методике расчета тарифов и Методическим рекомендациям по способам оплаты.

**Тарифы на услуги диализа.**

Тарифы на услуги диализа (Приложение 16 (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:

А18.05.002 «Гемодиализ» - 5 761 рублей;

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

Расчет остальных услуг диализа (Тг) производится по формуле:

Тг = Бт \* Кз \* (Дзп \* КДмо + (1 - Дзп)), где:

Бт – базовый тариф;

Кз – коэффициент относительной затратоемкости (Приложение 17 (3.2));

Дзп – значение средней индексируемой доли заработной платы (Приложение 17 (3.2));

КДмо - коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края (Приложение 11 (3.1.)).

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

**Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо.**

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных 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 7 070,4 рублей.

Установленный средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, 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 медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, составляет на год
2 690,0 рублей (224,17 рублей в месяц)».

К базовому подушевому нормативу финансирования применяется поправочный коэффициент (ПК) в размере 0,6635.

**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 11 мес. 2020 года (тыс. руб.)  | 8986394,6 | 178857,0 | 166764,5 | 540202,2 | 502282,4 | 1304844,7  | 1276748,3 | 685657,7  | 1371154,1 | 602613,0 | 1154403,6  | 349480,0 | 853387,2  |
| 2 | Численность застрахованных прикрепленных лиц на 01.12.2020 (чел.) | 2402455 | 11610  | 10 992  | 60 129  | 57 035 | 199 578 | 189 326  | 456 039 | 476 175  | 276 176  | 334 169 | 107 299  | 223 927 |
| 3 | Размер затрат на оплату МП на 1 застрахованного (руб.) | 340,05 | 1 400,49  | 1 379,22  | 816,73  | 800,60  | 594,37  | 613,06  | 136,68  | 261,77  | 198,36  | 314,05  | 296,10  | 346,46  |
| 4 | Коэффициенты дифференциации для каждой половозрастной группы | 1,000 | 4,119  | 4,056  | 2,402  | 2,354  | 1,748  | 1,803  | 0,402  |  0,770  |  0,583  | 0,924  | 1,600  | 1,600  |

Коэффициенты подуровня для МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и для МО, финансируемых
по подушевым нормативам по всем условиям оказания медицинской помощи (Приложение 18 (3.3)).

Половозрастные коэффициенты дифференциации 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 (Приложение 18 (3.3)).

**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 19 (3.3)) определена
на основании средней стоимости медицинской помощи в амбулаторных условиях, утвержденной ТП ОМС, и относительных коэффициентов стоимости одного посещения по специальностям, в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты.

К тарифам на медицинскиеуслуги при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (Приложение 19 (3.3)) применяются: коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края (Приложение 11 (3.1));

коэффициент подуровня, к которому относится i-тая МО (применяется для расчета стоимости посещений с иными целями и обращений по заболеваниям) (Приложения 17 (3.3), 18 (3.3), 42 (3.6)).

Тарифы на медицинские услуги «Центров здоровья» (Приложение 20 (3.3)).

К тарифам на медицинские услуги «Центров здоровья» применяется:

коэффициент подуровня, к которому относится i-тая МО (Приложение 17 (3.3));

коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края (Приложение 11 (3.1)).

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

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

Тарифы для оплаты диспансеризации определенных групп взрослого населения (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.)).

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

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

При пятидневной рабочей неделе врач ежедневно выполняет 38,5 УЕТ. Количество УЕТ должно соответствовать времени приема пациента. 1 УЕТ в среднем составляет 10 минут. Например, прием в течение 30 минут не должет 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.**

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 8 514,7 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 2 178,2 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 составляет без учета коэффициента дифференциации 23 021 рубля, с учетом коэффициента дифференциации 34 624 рубля.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) в условиях дневного стационара без учета коэффициента дифференциации составляет 14 618 рублей, с учетом коэффициента дифференциации 21 985 рублей.

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

Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ в условиях дневного стационара с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ/КПГ. (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)).

Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию (Приложение 33 (3.4)).

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

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

**Поправочные коэффициенты оплаты медицинской помощи.**

Управленческий коэффициент для оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара (Приложение 36 (3.4)), установлен в соответствии с требованиями Методических рекомендаций по способам оплаты и применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи. К подгруппам в составе КСГ управленческий коэффициент не применяется.

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 1-го уровня – от 0,7 до 1,2;

для МО 2-го уровня – от 0,9 до 1,3;

для МО 3-го уровня – от 1,1 до 1,5.

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.

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

**Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.**

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи при переводе пациента в другую МО, преждевременной выписке пациента из МО при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно,
за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

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

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

Случай госпитализации при оказании медицинской помощи оплачивается в размере:

в условиях круглосуточного стационара:

**100% от стоимости КСГ** если длительность лечения более 3 дней;

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

**50% от стоимости КСГ,** если длительность лечения 3 дня и менее и пациенту не проводилось хирургическое вмешательство
 и (или) тромболитическая терапия, определяющие отнесение случая к КСГ;

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

в условиях дневного стационара:

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

**60% от стоимости КСГ:**

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

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

**30% от стоимости КСГ** если случай 3 дня и менее и пациенту не проводилось хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия, определяющие отнесение случая к КСГ.

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

При переводе пациента из одного отделения МО в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в случае перевода
из круглосуточного стационара в дневной стационар и из дневного стационара в круглосуточный), 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 100% оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

При этом если перевод производится в пределах одной МО, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, или являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ
с наибольшим размером оплаты.

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

В стационарных условиях и в условиях дневного стационара оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения
в одной МО по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

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

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

- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в течение 6 дней и более (за исключением случаев, представленных в Инструкции) с последующим родоразрешением;

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

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

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, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

После оказания в МО ВМП, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же МО в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по КСГ, формируемой по коду МКБ 10.

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

Перечень видов ВМП, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках ТП ОМС за счет субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС, определен Разделом 1 ТПГГ.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов ВМП(Приложение
39 (3.4)).

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

Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне МО, МО, участвующими в реализации
ТП ОМС Красноярского края, в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 1 165,2 рублей.

Установленный средний размер финансового обеспечения 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 в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, составляет на год 1152,39 рублей (96,03 рублей в месяц). К базовому подушевому нормативу финансирования применяется поправочный коэффициент (ПК) в размере 0,99712.

Для расчета дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи i-той МО (ДПнi) (Приложение 40 (3.5)) к подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи применяется интегрированный коэффициент дифференциации (КДинтi) (Приложение 40 (3.5)), определенный по каждой МО как произведение:

КДсуб - коэффициента дифференциации расходов по заработной плате (Приложение 12 (3.1.));

КДпвi – половозрастного коэффициента дифференциации подушевого норматива, рассчитанного для соответствующей
МО (Приложение 40 (3.5));

КДсиi – коэффициента дифференциации по уровню расходов на содержание i - той МО (Приложение 40 (3.5).

Полученные значения КДинтi ранжируются от максимального до минимального значения и в случае существенных различий объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы (КДинтсi).

**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 в 2020 году (тыс. руб.)  | 2898735,57 | 33178,90 | 27688,82 | 98431,69 | 83769,54 | 121116,07 | 113813,61 | 367178,79 | 473348,19 | 338843,72 | 420916,72 | 229 975,44 | 590474,07 |
| 2 | Численность обслуживаемого населения на 01.01.2020 (чел.) | 2 813 297 | 14 120 | 13 447 | 74 254 | 70 167 | 231 775 | 220 251 | 518 719 | 534 448 | 338 941 | 404 335 | 129 987 | 262 853 |
| 3 | Потребление МП на 1 застрахованного (руб.) | 1 030,37 | 2 349,78 | 2 059,11 | 1 325,61 | 1 193,86 | 522,56 | 516,75 | 707,86 | 885,68 | 999,71 | 1 041,01 | 1 769,22 | 2 246,40 |
| 4 | Относительные Коэффициенты потребления по полу и возрасту по Красноярскому краю (КДпв) | 1,000 | 2,281 | 1,998 | 1,287 | 1,159 | 0,507 | 0,502 | 0,687 | 0,860 | 0,970 | 1,010 | 1,717 | 2,180 |

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

Тариф за вызов скорой медицинской помощи для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной МО Красноярского края лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации – 1 770 рублей.

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 41 (3.5)).

**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 финансового обеспечения при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу 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 14 208,6 рублей.

Установленный средний размер финансового обеспечения при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу 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 медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, составляет на год
6 100,0 рублей (508,3 рублей в месяц).

Для расчета дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи медицинской помощи (Приложение 42 (3.6)) к подушевому нормативу применяются:

$КД\_{суб} $– коэффициент дифференциации расходов по заработной плате (Приложение 12 (3.1.));

$КУ\_{мо}^{i}$– коэффициент подуровня оказания медицинской помощи i-ой МО-прикрепления (Приложение 19 (3.3));

$КД\_{пв}^{i}$ – половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для i-ой МО-прикрепления (Приложение 42 (3.6.));

$КД\_{от}^{i}$ – 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 (Приложение 42 (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 11 мес. 2020 года (тыс. руб.)  | 4693034,7  | 48 599,5  | 41 476,6  | 174944,8 | 154449,7 | 454127,5 | 451546,1 | 388038,8 | 734502,3  | 512 852,4  | 747877,9  | 347768,2  | 636850,9 |
| 2 | Численность застрахованных прикрепленных лиц на 01.12.2020 (чел.) | 469 550  | 1 895  | 1 851  | 10 075 | 9 486 |  40 897 | 38 410  | 83 642 | 73 629 | 66 385 | 70 919 | 26 698  | 45 663 |
| 3 | Размер затрат на оплату МП на 1 застрахованного (руб.) |  908,61  | 2 331,47  | 2 037,06  | 1 578,57  | 1 480,17  | 1 009,47  | 1 068,72  | 421,75  | 906,88  | 702,31  | 958,68  | 1 184,18  | 1 267,89  |
| 4 | Коэффициенты дифференциации для каждой половозрастной группы | 1,000  | 2,566  | 2,242  | 1,737  | 1,629  |  1,111  |  1,176  |  0,464  |  0,998  |  0,773  | 1,055  |  1,600  | 1,600  |

**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 43 (3.7)), в том числе:

перечень показателей результативности деятельности МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (Таблица 1);

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

перечень показателей результативности деятельности МО, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию (Таблица 3).

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности МО (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных МО, в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, 4 % средств направляется на выплаты МО, в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, для МО, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию – 2 %.

Оценка МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, 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, обязательными условиями являются:

- отсутствие роста показателей общей смертности прикрепленного населения;

- выполнение установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов обращений по заболеваниям на 80% и более;

- достижение показателей результативности не менее 50% от максимально возможного количества баллов.

Средства дополнительного финансирования для МО устанавливаются решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС, в размере 10 % от суммы подушевого финансирования за отчетный месяц, с учетом итогов оценки деятельности за отчетный период.

По результатам оценки проводится расчет дополнительного финансирования.

Объем средств дополнительного финансирования по итогам оценки деятельности за отчетный период (ОСРД) устанавливается решением Комиссии и рассчитываются по формуле:

ОСРД = Сi\*ОДi/100%, где

Сi - размер средств на дополнительное финансирование для i-МО, в размере 10 % от суммы подушевого финансирования за отчетный период для МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в размере 5 % от суммы подушевого финансирования за отчетный период для МО, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию;

ОДi – оценка деятельности i-МО за отчетный месяц, рассчитанная как сумма значений по перечню показателей результативности деятельности МО (%).

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.**

Организация и проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС регламентированы приказом ФФОМС от 28.02.2019 №36.

Размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и штрафов, применяемых к МО за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (Приложение 44 (4)).

**Порядок расчета санкций, применяемых к МО.**

**Общий размер санкций** (С), применяемых к МО, рассчитывается по формуле:

С=Н + Сшт, где

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат МО на оказание медицинской помощи;

Сшт - размер штрафа, применяемого к МО за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание МП ненадлежащего качества.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат МО на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

Н = РТ \* Кно, где:

РТ – размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи,

Кно – коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к порядку организация и проведения контроля (далее - Перечень оснований), предусмотренным в порядке организации и проведения контроля:

|  |  |
| --- | --- |
| Размер Кно | Код дефекта согласно Приложению №8 к Приказу ФФОМС от 28.02.2019 №36 |
| 0,1 | 3.1; 3.2.1; 4.2; 4.3 |
| 0,3 | 3.2.2;3,5; 3.10  |
| 0,4 | 3.2.3 |
| 0,5 | 1.5; 3.4; 4.4 |
| 0,6 | 3.8 |
| 0,7 | 3.7 |
| 0,8 | 3.6 |
| 0,9 | 3.2.4; 3.12 |
| 1,0 | 1.4; 3.2.5; 4.1; 4.5; 4.6.2; раздел 5 |

В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены (пункт 4.6.1 Перечня оснований), СМО осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

**Размер штрафа**, применяемого к МО за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт), рассчитывается по формуле:

Сшт = РП х Кшт,

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

Сшт = РПА базовый x Кшт, где:

РПА базовый - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный Тарифным соглашением (Абзац третий подраздела 3.3. «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях») на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне МО:

Сшт = РПСМП базовый x Кшт, где:

РПСМП базовый - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне МО, установленный Тарифным соглашением (абзац второй подраздела 3.5. «Размер и структура тарифов на оплату скорой медицинской помощи») на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа;

3) при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям
ее оказания:

Сшт = РППП базовый x Кшт, где:

РППП базовый - подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств ОМС, установленный Тарифным соглашением (абзац второй подраздела 3.6. «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в МО, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях
и в условиях дневного стационара, оплата которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц
по всем видам и условиям оказания медицинской помощи») на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа;

4) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара:

Сшт = РПСТ x Кшт, где:

РПСТ - подушевой норматив финансирования по условиям оказания медицинской помощи, установленный в соответствии
с ТП ОМС (Приложение № 5, таблица 1, строки 23 и 24 графы 7 соответственно) на дату проведения контроля объемов, сроков, качества
и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации
и проведения контроля;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа.

Коэффициент для определения размера штрафа (Кшт) устанавливается в соответствии с Перечнем оснований:

|  |  |
| --- | --- |
| Размер Кшт | Код дефекта согласно Приложению №8 к Приказу ФФОМС от 28.02.2019 №36 |
| 0,3 | 1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.2.6; 2.4.1; 2.4.2; 2.4.3; 2.4.4; 2.4.5; 2.4.6; 3.7; 4.6.1  |
| 0,5 | 1.5 |
| 1,0 | 1.2.1; 1.3.1; 1.4; 2.1; 2.3; 3.1; 3.6; 3.2.4; 3.12;4.1; 4.6.2 |
| 3,0 | 1.2.2; 1.3.2; 3.2.5 |

****

**Перечень приложений**

**к тарифному соглашению системы обязательного медицинского страхования Красноярского края на 2021 год**

Приложение 1 (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, тестирования
на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (в целях плановой госпитализации), 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 (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, за посещение, за 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). Базовый пакет услуг в МО, оказывающих ПМСП, в зависимости от численности прикрепленного населения.

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 тарифов для муниципальных образований Красноярского края.

Приложение 12 (3.1). Коэффициенты дифференциации расходов по заработной плате (районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях).

Приложение 13 (3.2). Тарифы на диагностические (лабораторные) услуги для проведения межучрежденческих и межтерриальных расчетов.

Приложение 14 (3.2). Тарифы на диагностические (лабораторные) услуги, исключенные из подушевого норматива финансирования медицинских организаций.

Приложение 15 (3.2). Тарифы на услуги диализа.

Приложение 16 (3.2). Коэффициенты относительной затратоемкости к базовому тарифу для оплаты диализа, значение средней доли заработной платы
в услуге диализа по данным учета фактических затрат.

Приложение 17 (3.3). Коэффициенты подуровня для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема.

Приложение 18 (3.3). Дифференцированные подушевые нормативы финансирования в амбулаторных условиях, определенные для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций.

Приложение 19 (3.3). Тарифы на медицинские услуги при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях.

Приложение 20 (3.3). Тарифы на медицинские услуги «Центров здоровья».

Приложение 21 (3.3). Тарифы для оплаты диспансеризации определенных групп взрослого населения.

Приложение 22 (3.3). Тарифы для оплаты профилактических медицинских осмотров взрослого населения.

Приложение 23 (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 24 (3.3). Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних.

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

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

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

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 круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию.

Приложение 34 (3.4). Перечень КСГ 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.). Управленческий коэффициент 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). Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи.

Приложение 40 (3.5). Дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи.

Приложение 41 (3.5). Тарифы при проведении тромболитической терапии.

Приложение 42 (3.6). Дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, определенные для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций.

Приложение 43 (3.7). Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций.

Приложение 44 (4.1). Размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и штрафов, применяемых к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.