

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ НА 2019 ГОД

г. Красноярск

28.12.2018

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Тарифное соглашение системы обязательного медицинского страхования Красноярского края на 2019 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 22.11.2010 № 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 и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС);

постановлением Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»;

Законом Красноярского края от 06.12.2018 № 6-2296 «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов»;

постановлением Правительства Красноярского края от 25.12.2018 № 769-п «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»;

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 28.09.2018 № 200 «О внесении изменений в приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. №79»;

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

Предметом настоящего Соглашения является согласование:

- тарифов на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в амбулаторных и стационарных условиях, в условиях дневного стационара всех типов, при оказании скорой медицинской помощи;
- способов оплаты медицинской помощи, ориентированных на результат деятельности медицинских организаций;
- показателей оценки деятельности медицинских организаций;
- порядка оценки результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- иных аспектов оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования.

Представители сторон тарифного соглашения:

ОРГАНЫ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ в лице министра здравоохранения Красноярского края Денисова Виталия Степановича;

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 председателя Красноярской ассоциации страховых медицинских организаций 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.

СТОРОНЫ, являющиеся участниками настоящего Соглашения,

принимая во внимание основную цель развития системы здравоохранения на территории Красноярского края, заключающуюся в формировании системы, обеспечивающей доступность и качество медицинской помощи,

определяя приоритетной задачей на 2019 год реализацию через систему обязательного медицинского страхования федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями», направленного на снижение смертности от злокачественных новообразований,

признавая необходимым установить посредством Тарифного соглашения единые правила формирования тарифов на медицинские услуги и совершенствование порядка оплаты медицинской помощи,

с уважением соблюдая права и интересы каждой из СТОРОН,

принимают на себя и обязуются добросовестно в полном объеме выполнять следующие обязательства:

ОРГАНЫ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ обязуются осуществлять:

- организацию лицензирования медицинской деятельности;
- обеспечение контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- разработку нормативов оказания медицинской помощи, контроль их соблюдения;
- разработку предложений по совершенствованию системы обязательного медицинского страхования граждан;
- информационный обмен в соответствии с установленными стандартами и регламентами;
- обеспечение защиты конфиденциальной информации, в том числе персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

ФОНД обязуется осуществлять:

ФОНД обязуется осуществлять:

- финансирование обязательного медицинского страхования в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и Красноярского края;
- финансовую устойчивость системы обязательного медицинского страхования на территории Красноярского края;
- контроль за целевым использованием финансовых средств, направленных на обязательное медицинское страхование граждан;
- обеспечение предусмотренных законодательством Российской Федерации прав граждан в системе обязательного медицинского страхования;
- информационный обмен в соответствии с установленными стандартами и регламентами;

- обеспечение защиты конфиденциальной информации, в том числе персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

СТРАХОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ обязуются обеспечить:

- использование средств обязательного медицинского страхования по целевому назначению;
- осуществление оплаты медицинской помощи в порядке, установленном настоящим Тарифным соглашением;
- осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с договорами на оказание медицинской помощи застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, а также в соответствии с Методическими рекомендациями по организации и проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания (письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 30.08.2018 № 10868/30/и);

- осуществление защиты интересов застрахованных лиц;
- осуществление информационного сопровождения застрахованных лиц в соответствии с Методическими рекомендациями по организации работы страховых представителей страховых медицинских организаций в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29.12.2017 № 15410/30-2/и), Методическими рекомендациями по взаимодействию участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи (письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 25.06.2018 № 6696/30-2/5564);

- осуществление информационного обмена в соответствии с установленными стандартами и регламентами;
- обеспечение защиты конфиденциальной информации, в том числе персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СОЮЗ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ обязуется обеспечить:

- активное участие в формировании и реализации региональной нормативной правовой базы в сфере деятельности здравоохранения в условиях его реформирования и модернизации, совершенствования правового положения медицинских организаций, исходя из необходимости повышения уровня защищенности профессиональных, трудовых и социально-экономических прав и интересов работников отрасли;
- проведение информационной работы в медицинских организациях;
- контроль за соблюдением медицинскими организациями норм трудового законодательства;
- осуществление иных полномочий в соответствии с действующим законодательством в Российской Федерации.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ обязуется обеспечить:

- активное участие в формировании и реализации региональной нормативной правовой базы в сфере деятельности здравоохранения в условиях его реформирования и модернизации, совершенствования правового положения медицинских организаций;
- разработку предложений по совершенствованию системы обязательного медицинского страхования граждан;
- проведение информационной работы в медицинских организациях;
- осуществление иных полномочий в соответствии с действующим законодательством в Российской Федерации.

За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Соглашению СТОРОНЫ несут ответственность в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации и настоящим Соглашением.

Термины и определения:

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

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

Медицинские организации второго уровня – МО и (или) структурные подразделения МО, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие, в том числе, специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь 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.

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.

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

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 в амбулаторных условиях, 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.

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 - 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) медицинской организации 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 медицинской организации, на дому, в центре здоровья, при выездах в другие медицинские организации, в том числе в фельдшерские и 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.

Информационное сопровождение – систематический процесс взаимодействия страхового представителя страховой медицинской организацией с застрахованным лицом и медицинской организацией, оказывающей ему медицинскую помощь, направленный на достижение удовлетворенности потребностей застрахованного лица на всех этапах оказания ему медицинской помощи; защиты прав застрахованного лица на получение бесплатной, доступной и качественной медицинской помощи в рамках базовой и Территориальной программ обязательного медицинского страхования.

ОСОБЕННОСТИ ТАРИФНОГО СОГЛАШЕНИЯ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ НА 2019 ГОД.

Тарифное соглашение системы обязательного медицинского страхования Красноярского края на 2019 год (далее – Тарифное соглашение) сформировано в соответствии с Требованиями к структуре и содержанию Тарифного соглашения, установленными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 247.

Тарифное соглашение на 2019 год предусматривает:

1. Перечень требований к МО и СМО системы ОМС, сформированных на основании норм Федерального закона от 22.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

2. 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».

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

3.1. Совершенствование подушевого 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 (за единицу объема медицинской помощи).

3.2. Внедрение способа оплаты медицинской помощи по МО, расположенным в сельской местности, в отдаленных, труднодоступных и малонаселенных районах, путем перевода на подушевое финансирование на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности.

3.3. Совершенствование способа оплаты медицинской помощи, оказанной с применением телемедицинских технологий.

3.4. Оплата медицинской помощи в условиях дневных стационаров и в стационарных условиях, сформированных на основе клинико-статистических групп заболеваний (далее – КСГ), в том числе с учетом:

- расширения количества КСГ с учетом дополнительных критериев группировки и с учетом номенклатуры медицинских услуг (далее – Номенклатура), утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

- внесенных изменений в порядок оплаты медицинской помощи в условиях дневных стационаров и в стационарных условиях за счет средств ОМС в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС (письмо МЗ РФ №11-7/10/2-7543, ФФОМС №14525/26-1/и от 21.11.2018 года) (далее – Методические рекомендации);

- развития приоритетных направлений в части обеспечения доступности медицинской помощи по профилям «медицинская реабилитация» и «онкология», основанных на ранней диагностике и своевременном лечении, с целью 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.

4. Совершенствование планирования объемов медицинской помощи и расходов на медицинские услуги в системе ОМС на основе КСГ.

5. Перевод в базовую программу обязательного медицинского страхования двух видов высокотехнологичной медицинской помощи:

- эндопротезирование суставов конечностей при выраженных деформациях, дисплазии, анкилозах, неправильно сросшихся и несросшихся переломах области сустава, посттравматических вывихах и подвывихах, остеопорозе и системных заболеваниях, в том числе с использованием компьютерной навигации;

- коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца со стенозированием 1 - 3 коронарных артерий.

6. Совершенствование порядка мониторинга и контроля за исполнением территориальной программы государственных гарантий в надлежащих объемах, сроках, качестве и условиях:

на базе ТФОМС Красноярского края осуществление ежемесячного контроля выполнения территориальной программы ОМС (в т.ч. оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций), курирование медицинских организаций на основании представленных персонализированных сведений об оказанной медицинской помощи;

осуществление деятельности рабочих групп комиссии по разработке территориальной программы 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 территориальной программы обязательного медицинского страхования в заданных параметрах.

7. Совершенствование информационного обмена между участниками обязательного медицинского страхования в соответствии с приказом ФФОМС от 07.04.2011 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).

ПЕРЕЧЕНЬ ТРЕБОВАНИЙ К МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ И СТРАХОВЫМ МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

Руководствуясь Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», с целью реализации государственной политики в сфере ОМС формирование Тарифного соглашения осуществляется в соответствии со следующими принципами:

приоритетность законных прав и интересов граждан на получение доступной и качественной медицинской помощи по программе ОМС;

обязательность исполнения сторонами Тарифного соглашения и договорных обязательств в системе ОМС, безусловность ответственности за их исполнение;

полнота, достоверность, своевременность предоставления информации, **ответственность** за достоверность сведений, в соответствии с которыми участниками системы ОМС обеспечивается предоставление, в соответствии с нормативными документами, условиями договоров в сфере ОМС, полной и актуальной информации, соответствующей реальным фактам, первичным учетным документам, правдиво отражающей действительное состояние дел, и обеспечивающей возможность принятия на ее основе управленческих решений.

Участники ОМС несут гражданско-правовую ответственность за нарушение принципов **обязательности исполнения сторонами Тарифного соглашения** и договорных обязательств в системе ОМС, **полноты, достоверности, своевременности** предоставления информации, включая применение штрафных санкций; финансовой и дисциплинарной ответственности к руководителю организации; исключения из системы ОМС Красноярского края, путем инициирования отзыва лицензии, расторжения договоров в сфере ОМС.

Основываясь на принципах ОМС, установить следующие требования к МО и СМО при реализации ТП ОМС:

1) требования к МО:

- оказание медицинской помощи по видам в соответствии с действующими лицензиями, условиями лицензии (перечнем видов работ (услуг), относящихся к медицинской деятельности), при необходимости – получение соответствующей лицензии;
- недопустимость отказа застрахованным лицам (далее – ЗЛ) в оказании медицинской помощи в соответствии с ТП ОМС;
- выполнение объемов предоставления медицинской помощи, установленных Комиссией, в том числе по приоритетным направлениям: оказание медицинской помощи по профилям «онкология», «медицинская реабилитация», высокотехнологичной медицинской помощи;
- наличие необходимых для оказания медицинской помощи зданий, строений, сооружений и (или) помещений, медицинского оборудования, аппаратов, приборов, инструментов; соответствие кадрового состава врачей и среднего медицинского персонала штатным

нормативам; наличие подготовленных специалистов, имеющих соответствующие сертификаты или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи;

- в случае невыполнения и/или возникновения рисков невыполнения установленных Комиссией объемов предоставления медицинской помощи принятие исчерпывающих мер по их выполнению и своевременное уведомление об этом СМО и ТФОМС;

- обеспечение приоритета профилактической направленности при оказании ПМСП: обеспечение ЗЛ профилактическими медицинскими осмотрами не реже 1 раза в год; осуществление мероприятий, направленных на раннюю диагностику и профилактику сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений; осуществление мероприятий, направленных на своевременное и эффективное проведение диспансерного наблюдения лиц с заболеваниями, являющимися основными причинами инвалидизации и смертности населения;

- обеспечение тотальной «онконастороженности» медицинских работников, осуществление мероприятий, направленных на раннюю диагностику и своевременное оказание специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях, соблюдение правил маршрутизации пациентов с подозрениями на онкозаболевания и установленным диагнозом злокачественного новообразования, сроков оказания медицинской помощи указанной категории лиц, организация диспансерного наблюдения лиц, с установленным диагнозом злокачественного новообразования в 100% случаев;

- обеспечение действенного и эффективного внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, направленного на выполнение объемов медицинской помощи, установленных Комиссией, выявление дефектов оказания медицинской помощи, установление причин их возникновения и степени их влияния на здоровье пациента; оценка организации оказания медицинской помощи, оптимальности использования кадровых и материально-технических ресурсов; оценка выводов о качестве медицинской помощи, сделанных по итогам осуществления контрольных мероприятий; анализ данных, полученных при проведении мониторинга показателей качества медицинской помощи; оценка удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью;

- использование средств ОМС, полученных за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с ТП ОМС, по целевому назначению, ведение раздельного учета по операциям со средствами ОМС, обеспечение эффективного использования финансовых средств на исполнение мероприятий по повышению заработной платы врачей и среднего медицинского персонала в соответствии с указом Президента РФ от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», региональной «дорожной картой»;

- соблюдение условий оказания медицинской помощи, в том числе предельных сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке;

- реализация прав гражданина на выбор МО и врача. Организация прикрепления граждан к МО и к участковому врачу, обеспечение ведения паспортов участков;

- ведение персонифицированного учета сведений о медицинских услугах, оказанных ЗЛ, и примененных лекарственных препаратах и расходных материалах, обеспечение достоверности, полноты и своевременности предоставления счетов на оплату медицинской помощи, информации о фактически оказанной медицинской помощи;

- внедрение современных информационных технологий при оказании медицинской помощи, в том числе автоматизированной записи на прием к врачу с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и информационно-справочных сенсорных терминалов, записи к врачу по многоканальному телефону, обмена телемедицинскими данными, внедрение технологии дистанционного консультирования;

- внедрение современных информационных систем при осуществлении деятельности в целях создания систем электронного документооборота и ведения медицинских карт пациентов в электронном виде.

2) требования к СМО:

- проведение, при планировании объемов медицинской помощи, оценки готовности МО оказывать медицинскую помощь по ТП ОМС, в том числе по приоритетным направлениям, по профилям медицинской помощи «Онкология», «Медицинская реабилитация», в том числе детская, в надлежащих объемах, сроках, качестве и условиях. Представление в Комиссию по разработке ТП ОМС результатов оценки и предложений по ее реализации;

- обеспечение контроля выполнения МО объемных и финансовых показателей ТП ОМС Красноярского края. В случае возникновения угрозы невыполнения объемов медицинской помощи, СМО обязана принять исчерпывающие меры по их выполнению, направить МО требование, а также письменно уведомить ТФОМС о возможности наступления обстоятельств, угрожающих выполнению объемов медицинской помощи. В случаях объективной невозможности выполнения объемов медицинской помощи совместно с МО направлять в Комиссию предложения об их перераспределении;

- наличие консультационно-справочной службы, обеспечивающей организацию приема ЗЛ, учет обращений и заявлений ЗЛ, учет принятых мер по обращению;

- организация деятельности страховых представителей, осуществляющих деятельность по защите прав и законных интересов ЗЛ, содействие активному привлечению ЗЛ к прохождению диспансеризации;

- проведение качественного информирования застрахованных лиц и их информационного сопровождения при получении медицинской помощи в соответствии с методическими рекомендациями Федерального фонда ОМС, в том числе в соответствии с Методическими рекомендациями по организации и проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания (письмо Федерального фонда ОМС от 30.08.2018 № 10868/30/и);

- наличие службы контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Систематическое (не реже одного раза в месяц) проведение анализа результатов проводимого контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (МЭК, МЭЭ, ЭКМП), предоставление результатов проведенного анализа и предложений по совершенствованию оказания медицинской помощи на рассмотрение комиссии по разработке территориальной программы ОМС;

- активное участие в работе рабочих групп комиссии по разработке территориальной программы ОМС, организованных по территориальному принципу, включая регулярное рассмотрение результатов контрольно-экспертной работы, разработке мероприятий по устранению выявленных нарушений и контролю их выполнения;

- при проведении внешних контрольных мероприятий осуществлять контроль наличия в МО действенного и эффективного внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

- наличие документа, подтверждающего право СМО на осуществление деятельности по технической защите конфиденциальной информации, защите персональных данных;

- наличие сертифицированных программно-технических средств, обеспечивающих: защиту персональных данных, обрабатываемых в СМО, ведение персонифицированного учета ЗЛ и оказанной им медицинской помощи, информационный обмен с ТФОМС и МО в электронном виде с соблюдением условий защиты передаваемых данных и соблюдением форматов и состава данных, сбор, обработка данных персонифицированного учета сведений о ЗЛ и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной ЗЛ, обеспечение их сохранности и конфиденциальности, осуществление обмена указанными сведениями между субъектами и участниками ОМС.

РАЗДЕЛ 2.

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

Настоящий раздел устанавливает порядок взаимодействия ТФОМС Красноярского края, СМО и МО при оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС).

Устойчивость финансовой системы является одним из принципов ОМС и обеспечивается, в том числе, применением эффективных способов оплаты медицинской помощи, ориентированных на результат деятельности медицинских организаций.

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

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за 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));

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 (за единицу объема медицинской помощи).

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 заболеваний);

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 медицинской организации (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 - по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (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 в пределах объемов медицинской помощи по ТП ОМС, установленных Комиссией по разработке ТП ОМС на основании предъявляемых МО счетов-реестров, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сроки, предусмотренные договором. Контроль выполнения предельных объемов медицинской помощи по ТП ОМС осуществляется ТФОМС Красноярского края в целом по МО.

Превышение объемов предоставления медицинской помощи рассчитывается ТФОМС в рамках централизованного расчета в разрезе СМО и МО и направляется в СМО. Анализ превышения объемов осуществляется ежемесячно, нарастающим итогом с начала года, объем на месяц определяется как 1/3 от квартальных объемов.

Ежемесячно, в случае предъявления МО к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределённого объёма предоставления медицинской помощи, СМО производит отказ в оплате в соответствии с п. 5.3.2 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение №8 к приказу ФФОМС №230 от 01.12.2010), за исключением:

- медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях;
- медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям оказания медицинской помощи;
- медицинской помощи, оказанной в экстренной и неотложной форме вне медицинской организации, в амбулаторных и стационарных условиях;
- в стационарных условиях – по профилям «онкогематология» (КМКБ №7, ККБ, КККЦОМД), «онкология», «детская онкология», «реабилитация», услуг диализа, ВМП;
- в условиях дневного стационара – по профилям «онкология», «онкогематология», «детская онкология», услуг диализа;
- в амбулаторных условиях – посещения центров здоровья, посещений/обращений в передвижной консультативно-диагностический центр («Доктор Войно-Ясенецкий (св. Лука)»), законченных случаев диспансеризации и медицинских осмотров, услуг диализа, законченных случаев посещений/ обращений по специальностям «онкология», «детская онкология», «онкогематология».

При перевыполнении объемов по всем профилям (за исключением объемов по профилям «онкология», «детская онкология», «медицинская реабилитация»), случаи перевыполнения объемов отказываются в оплате.

При отсутствии превышения утвержденных объемов в целом по МО и наличии превышения плановых объемов по отдельным СМО, МЭЖ объемов отдельными СМО не проводится. По итогам квартала проводится перераспределение плановых показателей между СМО.

При перевыполнении объемов предоставления медицинской помощи, отказ в оплате производится по случаям предоставления медицинской помощи по наиболее поздней дате выписки пациента (дате предоставления медицинской помощи).

Отклоненные от оплаты по причине перевыполнения объемов медицинской помощи счета-реестры могут быть предъявлены медицинской организацией к оплате в следующем периоде (в пределах календарного года) при условии невыполнения объемных показателей либо увеличения распределенных на год объемов предоставления медицинской помощи.

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

Объемы и финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного стационара и скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, устанавливаются по форме согласно Приложению 41 (2).

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

2.1.1. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ (СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ), ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.

Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц 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, за посещение, за обращение (законченный случай) (Приложение 2 (2.1.));

Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), являющиеся медицинскими организациями-исполнителями диагностических исследований, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи.) (Приложение 3 (2.1.)).

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

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

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

ПМСП оказывается бесплатно в амбулаторных условиях в плановой форме.

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 медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь.

Единицами объема ПМСП являются посещения с профилактической и иными целями, обращения по поводу заболевания.

Объемы и финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливаются на основании пакета услуг, который определяется исходя из численности прикрепленного населения (Приложение 4 (2.1.)).

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

- посещения с профилактической и иными целями;

- обращения по поводу заболевания;
- диспансерное наблюдение;
- посещение «Центров здоровья»;
- второй этап диспансеризации и медицинских осмотров.

Стоимость медицинских услуг (за исключением комплексных обследований супружеских пар с нарушением репродуктивной функции, комплексных кардиологических обследований, услуг диализа, телемедицинских услуг, лечения болевого синдрома) включена в подушевой норматив финансирования.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются:

- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан;
- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;
- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;
- отдельные медицинские услуги (комплексные обследования супружеских пар с нарушением репродуктивной функции, комплексные кардиологические обследования, телемедицинские услуги, лечение болевого синдрома);
- первичная медико-санитарная помощь, оказанная неприкрепленному населению.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях устанавливается как ежемесячный объем финансирования на одного прикрепленного застрахованного по ОМС жителя, исходя из суммы средств, необходимых для обеспечения медицинской помощью прикрепленного населения в МО-прикрепления и средств, за счет которых производится оплата медицинских услуг, консультативных посещений, оказанных прикрепленным к МО-прикрепления гражданам МО-исполнителями.

Расчет подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (ПН) на один месяц на одного застрахованного по ОМС жителя производится по формуле: $ПН = \Phi / Ч$, где:

Φ - объем финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, исходя из суммы средств, предусмотренных на подушевое финансирование;

$Ч$ – численность прикрепленного застрахованного населения.

В рамках Тарифного соглашения устанавливаются поправочные коэффициенты:

КДсуб - коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края;

КДсп - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов и т.п.);

КДсипн - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций;

Кпв – половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях.

Предварительный объем финансирования для i -ой МО-прикрепления n -ой СМО (ПОФин) определяется исходя из:

ПН - подушевого норматива финансирования на месяц,

КДинт i - средневзвешенного интегрированного коэффициента дифференциации для однородных групп медицинских организаций;

Ч in - численности прикрепленного населения по состоянию на первое число текущего месяца к i -ой МО-прикрепления, застрахованного n -ой СМО.

$ПОФин = \sum ПН * Чin * КДинтi$, где:

$K_{Динтi} = K_{Дсубi} * K_{Дпвi} * K_{Дси} * K_{Дспi}$, где:

$K_{Дсубi}$ – коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края i -ой МО;

$K_{Дпвi}$ – половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для i -ой МО-прикрепления;

$K_{Дспi}$ – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов и т.п.) для i -ой МО-прикрепления;

$K_{Дсипнi}$ – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание для i -ой МО-прикрепления.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного для i -ой МО по тарифам на основе подушевого норматива (Φ_i), к общему объему средств на финансирование медицинской помощи в амбулаторных условиях в расчетном месяце рассчитывается поправочный коэффициент ($K_{Пi}$) по формуле:

$$K_{Пi} = \Phi_i / \sum \text{ПО}\Phi_{in},$$

Фактический объем финансирования каждой МО n -ой СМО ($\Phi\Phi_{in}$) определяется с учетом поправочного коэффициента по формуле:

$$\Phi\Phi_{in} = \text{ПО}\Phi_{in} * K_{Пi} - \text{ОФисп}in, \text{ где}$$

$\text{ОФисп}in$ - сумма средств по n -ой СМО, направленных за предыдущий период на оплату МО - исполнителям за оказание медицинской помощи прикрепленным к i -МО-прикрепления застрахованным гражданам, оплату второго этапа диспансеризации и медицинских осмотров, посещений центров здоровья.

Фактический объем финансирования каждой МО n -ой СМО с учетом показателей результативности деятельности i -ой МО ($\Phi\Phi\text{С}in$):

$$\Phi\Phi\text{С}in = \Phi\Phi_{in} + \text{С}\Phi_{in}, \text{ где}$$

$\text{С}\Phi_{in}$ – средства дополнительного финансирования i -ой МО по итогам оценки деятельности i -ой МО за отчетный квартал, рассчитанные согласно алгоритму, изложенному в подразделе 2.1.4 «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций (включая показатели объема медицинской помощи) и критерии их оценки (включая целевые значения), а также порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за достижение соответствующих показателей», распределенные по n -ой СМО пропорционально $\Phi\Phi_{in}$.

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.

Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказанной МО-прикрепления, производится СМО путем ежемесячного перечисления средств в установленном порядке.

Оплата медицинских услуг, оказанных МО-исполнителем прикрепленному к МО-прикрепления гражданину, производится СМО за фактическое количество оказанных услуг за счёт финансовых средств МО-прикрепления, рассчитанных по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц и предназначенных для МО-прикрепления в рамках подушевого норматива финансирования МО-прикрепления, по тарифам, установленным Тарифным соглашением.

МО-прикрепления направляет прикрепленных пациентов для получения медицинских услуг к МО-исполнителю с выдачей им первичных направлений установленного образца с приложением необходимых результатов 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.

Межучрежденческие расчеты за оказанную медицинскую помощь осуществляются:

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

- страховыми медицинскими организациями 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-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 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 ТФОМС, и включаются в общий счет.

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

2.1.3. ПЕРЕЧЕНЬ ЕДИНИЦ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА, ПОСЕЩЕНИЕ, ОБРАЩЕНИЕ (ЗАКОНЧЕННЫЙ СЛУЧАЙ)), МЕРОПРИЯТИЙ ПО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ ОСМОТРАМ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН, ОПЛАЧИВАЕМЫХ ПО ОТДЕЛЬНЫМ ТАРИФАМ ЗА ОКАЗАННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ.

Единицами объема медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях являются:

- посещение (с профилактической целью и при оказании медицинской помощи в неотложной форме) при оплате по тарифам за услуги неприкрепленному населению;
- законченный случай лечения в поликлинике - обращение по поводу заболевания (кратность посещений по поводу одного заболевания не менее 2), при оплате по тарифам за услуги неприкрепленному населению;
- медицинская услуга при оплате услуг неприкрепленному населению;
- законченный случай диспансеризации, профилактического медицинского осмотра;
- услуга диализа;
- телемедицинская услуга.

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

Проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения осуществляется в соответствии с Приказом МЗ РФ от 26.10.2017 г № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – Порядок) и нормативными документами министерства здравоохранения Красноярского края.

Проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения с кратностью 1 раз в 3 года

Оплата диспансеризации определенных групп взрослого населения при проведении первого этапа диспансеризации, производится за фактически выполненные законченные случаи.

Первый этап диспансеризации считается завершенным и подлежит оплате в случае выполнения не менее 85 % от объема исследований первого этапа диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом обязательным является проведение анкетирования и приема (осмотра) врача - терапевта. В случае, если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85 % и более от объема диспансеризации, первый этап диспансеризации отражается в отчете о проведении диспансеризации как завершенный случай, при этом оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования, мероприятия), в том числе с признаком участия мобильной медицинской бригады.

В случае выполнения в рамках первого этапа диспансеризации менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, но при этом выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют 85% и более от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра, такие случаи учитываются как проведенный гражданину профилактический медицинский осмотр.

Проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения с кратностью 1 раз в 2 года

Случай диспансеризации с кратностью 1 раз в 2 года считается законченным и подлежит оплате:

- при отсутствии патологических изменений при 100% проведении лабораторно-диагностических исследований согласно перечню и проведении осмотра фельдшером (акушеркой) смотрового кабинета;
- при наличии выявленных патологических изменений при 100% проведении лабораторно-диагностических исследований согласно перечню и проведении осмотра врача-терапевта (врача общей практики), фельдшера здравпункта или фельдшера ФАПа, в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по проведению диспансеризации.

Исследования второго этапа диспансеризации подлежат оплате в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными ТП ОМС за фактически выполненные врачебные посещения, лабораторные и диагностические исследования в рамках подушевого финансирования.

Проведение профилактических медицинских осмотров взрослого населения осуществляется в соответствии с Приказом МЗ РФ от 06.12.2012 № 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра».

Оплата профилактических медицинских осмотров производится за фактически выполненные законченные случаи.

Профилактический медицинский осмотр считается законченным в случае выполнения не менее 85% от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина (с учетом исследований, выполненных ранее вне рамок профилактического медицинского осмотра (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения профилактического медицинского осмотра) и отказов гражданина от прохождения отдельных 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 МЗ РФ 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 Минздрава России 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.

Оплата диспансеризации детей производится за фактически выполненные законченные случаи. Случай диспансеризации считается законченным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения лабораторных, инструментальных и иных исследований, включенных в Перечень исследований согласно приказам Минздрава России о проведении диспансеризации (I этап). В структуру тарифа за счет средств обязательного медицинского страхования расходы на проведение осмотра врачом-психиатром не включаются. В случае подозрения на наличие у ребенка заболевания (состояния), диагностика которого не входит в Перечень исследований и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья ребенка из других медицинских организаций, диспансеризация является завершенной в случае проведения дополнительных консультаций, исследований и (или) получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций (II этап).

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

При проведении диспансеризации учитываются результаты осмотров врачами специалистами и исследований, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка) давность которых не превышает 3 месяцев с даты проведения осмотра и (или) исследования, а у детей, не достигших возраста 2 лет, учитываются результаты осмотров и исследований, давность которых не превышает 1 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. При проведении диспансеризации детей посещения, учтенные в рамках законченного случая, предоставляются с признаком диспансеризации и оплачиваются один раз.

Медицинские осмотры детей осуществляются в соответствии с приказом МЗ РФ 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. Случай считается законченным и подлежит оплате при выполнении не менее 80% от объема обследований и осмотров, установленных для данного возраста, с учетом официально оформленных отказов законных представителей от прохождения отдельных осмотров врачами-специалистами и выполнения лабораторных, инструментальных и иных исследований, включенных в Перечень исследований согласно приказу Минздрава России о проведении диспансеризации (I этап).

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в Перечень исследований, и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других МО, профилактический осмотр является завершенным в случае проведения

дополнительных консультаций, исследований и (или) получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других МО (II этап).

Общая продолжительность I этапа профилактического осмотра должна составлять 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 профилактического осмотра - не более 45 рабочих дней (I и II этапы).

При проведении профилактических осмотров учитываются результаты осмотров врачами специалистами и исследований, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), давность которых не превышает 3 месяцев с даты проведения осмотра и (или) исследования, а у детей, не достигших возраста 2 лет, учитываются результаты осмотров и исследований, давность которых не превышает 1 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.

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

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, 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 в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям, в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности (Таблица 1 Приложения 5 (2.1.)).

Оценка МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью осуществления выплат стимулирующего характера, осуществляется ежемесячно, по итогам квартала, полугодия, года по показателям, которым соответствует данный период оценки.

При выполнении установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов, в том числе по обращениям по заболеваниям, ниже 90% к подушевому нормативу финансирования применяется понижающий коэффициент: 90%-80% - 0,99; ниже 80% - 0,98.

Для осуществления выплат медицинским организациям, 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 первичной медико-санитарной помощи более чем на 90%, в том числе по обращениям по заболеваниям более чем на 90%;
- достижение показателей результативности не менее 50% от максимально возможного количества баллов.

Контроль за выполнением установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов медицинской помощи осуществлять, начиная с отчета за 1 квартал, далее ежемесячно.

По результатам оценки проводится расчет дополнительного финансирования.

Размер средств на дополнительное финансирование (C_i) для i -МО устанавливается решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС, но не более 5 % от суммы подушевого финансирования за отчетный месяц.

Средства дополнительного финансирования по итогам оценки деятельности за отчетный квартал (C_{fi}) рассчитываются по формуле:

$$C_{fi} = C_i * O_{Di} / 100\%, \text{ где}$$

O_{Di} – оценка деятельности i -МО за отчетный квартал, рассчитанная как сумма значений по «Перечню показателей результативности деятельности медицинских организаций» (%).

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

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (Приложение 6 (2.2.)).

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара (Приложение 7 (2.2.)).

Оплата медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара осуществляется:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний;
- за прерванный случай 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, оказании услуг диализа;
- за законченный случай оказания ВМП, рассчитанный на основании норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления ВМП по перечню видов, включенных в Программу ОМС (в стационарных условиях);
- за услугу диализа по перечню и тарифам, установленным Тарифным соглашением.

Стоимость законченного случая лечения заболевания в рамках оплаты на основе КСГ (Скsg) производится по формуле:

$$C_{ksg} = BC * K_{3ksg} * PK, \text{ где}$$

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

K_{3ksg} – коэффициент относительной затратно-емкости по КСГ, к которой отнесен данный случай (устанавливается на федеральном уровне в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС (письмо МЗ РФ №11-7/10/2-7543, ФФОМС №14525/26-1/и от 21.11.2018 года);

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

$$PK = K_{дсуб} * K_{ус} * K_{слп}, \text{ где}$$

$K_{дсуб}$ - коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края;

$K_{ус}$ – коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

$K_{слп}$ – коэффициент сложности лечения пациента, учитывающий случаи, для которых установлен коэффициент;

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

$$K_{слп_{итог}} = K_{слп_1} + (K_{слп_2-1}) + (K_{слп_n-1}).$$

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-st37.018 в стационарных условиях и для КСГ №№ ds37.001-ds37.012 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 №11-7/10/2-7543, ФФОМС №14525/26-1/и от 21.11.2018 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 - st19.055 в стационарных условиях и по КСГ ds19.001 – ds19.029 в условиях дневного стационара.

Формирование КСГ и расчет коэффициентов относительной затроемкости КСГ по профилю «Онкология» для случаев лечения пациентов со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара выполнены в соответствии с моделями диагностики и лечения пациентов в составе проектов стандартов медицинской помощи, разработанных на основании утвержденных Ассоциацией онкологов России клинических рекомендаций по профилю «Онкология» и размещенных на Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России (cr.rosminzdrav.ru).

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии учтены, в том числе, нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются), а также учтена сопутствующая терапия для коррекции нежелательных явлений (например, противорвотные препараты, препараты, влияющие на структуру и минерализацию костей и др.).

Отнесение к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляется по коду МКБ 10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количества дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

Услуга ПЭТ КТ в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования предоставляется в условиях дневного стационара, с длительностью госпитализации 1 день.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях дневного стационара осуществляется за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, в условиях круглосуточного

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

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 в рамках перечня видов ВМП, содержащего, в том числе, методы лечения и источники финансового обеспечения ВМП (далее - Перечень). 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 выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

Стоимость законченного случая оказания ВМП рассчитывается, исходя из финансового норматива, установленного в соответствии с территориальной программой 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 ($N_{вмп_i}$) определяется по формуле:

$$N_{вмп_i} = N_i + (N_i * X) * (1,510 - 1), \text{ где}$$

N_i – средняя стоимость единицы объема i -ой группы ВМП, в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»;

X – доля i -го норматива финансовых затрат, индексируемая на коэффициент дифференциации (Приложение 10 к письму министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2018 №11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании ТППГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»);

1,510 – коэффициент дифференциации на 2019 год, рассчитанный для субъекта РФ в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 5 мая 2012 года № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета ФФОМС бюджетам ТФОМС на осуществление переданных органам государственной власти субъектов РФ полномочий Российской Федерации в сфере ОМС».

Оплата ВМП в стационарных условиях производится по финансовому нормативу без применения поправочных коэффициентов к тарифам.

Объемы предоставления и финансовое обеспечение медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара распределяются между МО и СМО Комиссией по разработке программы ОМС на год с разбивкой по кварталам с выделением объемов и финансовых средств ВМП, по профилям «медицинская реабилитация», «онкология».

До МО объемы предоставления медицинской помощи в стационарных условиях доводятся в разрезе КСГ и групп ВМП (не менее 2 раз в год: на начало года, на конец года; а также по необходимости).

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

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи (Приложение 8 (2.3.)).

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за вызов (Приложение 9 (2.3.)).

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

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

Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами СМП с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования, а также без оказания медицинской помощи.

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

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

Объемы (вызовы) скорой медицинской помощи и финансовое обеспечение распределяются между МО и СМО Комиссией по разработке программы ОМС на год с разбивкой по кварталам, с выделением объемов (вызовов) скорой медицинской помощи и финансовых средств, предусмотренных на проведение тромболитической терапии.

Тарифным соглашением устанавливаются:

ПН - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на 1 застрахованное лицо в год (месяц);

КДсуб – коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края;

КДпвс - половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива скорой медицинской помощи;

КДси – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций;

тариф за вызов скорой медицинской помощи (для осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами Красноярского края и для МО, по которым оплата за скорую медицинскую помощь осуществляется за вызов);
тариф за вызов скорой медицинской помощи при проведении тромболитической терапии.

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.

Финансовое обеспечение МО на месяц рассчитывается в следующем порядке:

Расчет подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (ПН) на один месяц на одно застрахованное лицо производится по формуле и утверждается в рамках Тарифного соглашения:

$$\text{ПН} = (\Phi - \text{Св}) / \text{Ч}, \text{ где:}$$

Φ – объем финансирования скорой медицинской помощи в рамках ТП ОМС;

Св – размер средств, направленных на оплату СМП за вызов;

Ч – численность застрахованного населения Красноярского края.

Расчет объема средств для финансирования i -ой МО (ОФ_i) производится по формуле:

$$\text{ОФ}_i = \sum \text{ПН} * \text{Ч}_i * \text{КДинт}_i, \text{ где:}$$

Ч_i – численность застрахованного населения по полу и возрасту, обслуживаемого станцией (подстанцией) скорой медицинской помощи или отделением скорой медицинской помощи, входящим в состав i -ой МО, застрахованного в СМО;

КДинт_i - средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации для однородных групп медицинских организаций:

$$\text{КДинт}_i = \text{КДсуб}_i * \text{КДпвс}_i * \text{КДси}_i, \text{ где:}$$

КДсуб_i – коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края i -ой МО;

КДпвс_i – половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива скорой медицинской помощи для i -ой МО;

КДси_i – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание для i -ой МО;

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного для i -ой МО по дифференцированным подушевым нормативам к согласованному объему средств, утвержденному на соответствующий месяц, рассчитывается поправочный коэффициент (КП_i):

$$\text{КП}_i = \Phi_i / \sum \text{ОФ}_i$$

- фактический объем финансирования i -ой СМО (ФФ_i) определяется с учетом поправочного коэффициента:

$$\text{ФФ}_i = \text{ОФ}_i * \text{КП}_i.$$

МО ежемесячно формирует и направляет в СМО счет на оплату медицинской помощи, для МО, по которым оплата за скорую медицинскую помощь осуществляется за вызов.

Для учета объемов и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий оказания скорой медицинской помощи МО направляет в СМО и ТФОМС Красноярского края сведения об оказанной медицинской помощи.

Объем предоставляемой скорой медицинской помощи распределяется между СМО и МО комиссией по разработке территориальной программы ОМС на год с разбивкой по кварталам с выделением объемов, оплачиваемых по тарифам.

Медицинские услуги, оплачиваемые по отдельным тарифам за оказанную медицинскую помощь

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, при проведении тромболитической терапии осуществляется по установленным тарифам за фактически выполненные объемы.

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

Перечень медицинских организаций, 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.

Пакет услуг, оплачиваемых по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, установлен в Приложении 4 (2.1.).

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

в амбулаторных условиях - посещения с профилактической и иными целями, обращения по поводу заболевания, диспансерное наблюдение, второй этап диспансеризации и медицинских осмотров;

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:

- первичная медико-санитарная помощь, оказанная в неотложной форме, включая медицинскую помощь, оказанную в приемных отделениях стационаров;

- проведение всех видов диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан;

- первичная медико-санитарная помощь, медицинская помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, оказанная неприкрепленному населению.

Медицинские услуги оплачиваются по тарифам за единицу объема медицинской помощи, установленным Тарифным соглашением.

Прикрепление застрахованных лиц к МО, включенных в Перечень, осуществляется в соответствии с Порядком прикрепления застрахованных лиц к МО (Приложение 42).

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

$$\text{ПН} = \Phi / \text{Ч}, \text{ где:}$$

Φ - объем финансирования с включением оплаты всех видов медицинской помощи, исходя из суммы средств, предусмотренных на подушевое финансирование МО, включенных в Перечень;

Ч – численность прикрепленного застрахованного населения в МО, включенных в Перечень.

Предварительный объем финансирования для i -ой МО-прикрепления n -ой СМО (ПОФ $_{in}$) рассчитывается по формуле:

$$\text{ПОФ}_{in} = \sum \text{ПН} * \text{Ч}_{in} * \text{КДин}_{ti}, \text{ где:}$$

ПН - подушевой норматив финансирования на месяц,

КДин $_{ti}$ - средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации для однородных групп медицинских организаций;

$Ч_{in}$ - численность прикрепленного населения по состоянию на первое число текущего месяца к i -ой МО-прикрепления, застрахованного n -ой СМО.

$К_{Динтi} = К_{Дсубi} * К_{Дпвi} * К_{Дсиi} * К_{Дспi}$, где:

$К_{Дсубi}$ – коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края i -ой МО;

$К_{Дпвi}$ – половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для i -ой МО-прикрепления;

$К_{Дспi}$ – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов и т.п.) для i -ой МО-прикрепления;

$К_{Дсиi}$ – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание для i -ой МО-прикрепления.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного для i -ой МО по тарифам на основе подушевого норматива (Φ_i), к общему объему средств на финансирование медицинской помощи в амбулаторных условиях в расчетном месяце рассчитывается поправочный коэффициент ($К_{Pi}$) по формуле:

$$К_{Pi} = \Phi_i / \sum ПО\Phi_{in},$$

Фактический объем финансирования каждой МО n -ой СМО (Φ_{Fin}) определяется с учетом поправочного коэффициента по формуле:

$$\Phi_{Fin} = ПО\Phi_{in} * К_{Pi} - О_{Фисpin}, \text{ где}$$

$О_{Фисpin}$ - сумма средств по n -ой СМО, направленных за предыдущий период на оплату МО - исполнителям за оказание медицинской помощи прикрепленным к i -МО-прикрепления застрахованным гражданам, оплату второго этапа диспансеризации и медицинских осмотров.

Фактический объем финансирования каждой МО n -ой СМО с учетом показателей результативности деятельности i -ой МО ($\Phi\Phi_{Cin}$):

$$\Phi\Phi_{Cin} = \Phi_{Fin} + C_{fin}, \text{ где}$$

C_{fin} – средства дополнительного финансирования i -ой МО по итогам оценки деятельности i -ой МО за отчетный квартал, рассчитанные согласно алгоритму, изложенному в подразделе 2.1.4, распределенные по n -ой СМО пропорционально Φ_{Fin} .

Размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, определяется решением Комиссии по разработке ТП ОМС с учетом выполнения всех целевых показателей результативности деятельности по итогам работы за месяц и за квартал и составляет не более 2% от размера финансирования МО, рассчитанного как произведение подушевого норматива финансирования с включением оплаты всех видов и условий оказания медицинской помощи, интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива, численности прикрепленных лиц.

Для осуществления выплат медицинским организациям, 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 первичной медико-санитарной помощи, в том числе по обращениям по заболеваниям более чем на 90%; медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, более чем на 90%;

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

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара (Таблица 2 Приложения 5 (2.4)).

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 обязательному медицинскому страхованию и направляет в МО расчет в соответствии с Порядком информационного обмена (Приложение 44).

Порядок проведения межучрежденческих расчетов за оказанную медицинскую помощь определен в подразделе 2.1.2.

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.

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 ТФОМС Красноярского края и СМО, оплачивающих медицинскую помощь, оказанную гражданам в МО Красноярского края.

Размер тарифов на оплату медицинской помощи определяется в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 № 158н.

Тариф на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

В тарифах учитываются затраты по статьям, подстатьям в зависимости от их экономического содержания в соответствии с Указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденными приказом Минфина России от 01.07.2013 №65н.

В расчет тарифов включаются затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 № 158н.

Расходы на заработную плату осуществляются исходя из нормативной численности медицинского персонала, необходимой для выполнения задания на основе отраслевых норм трудозатрат, в пределах средств МО на оплату труда (установленного на год фонда оплаты труда).

Размер подушевого норматива финансового обеспечения базовой программы ОМС на 2019 год предусматривает выплату заработной платы медицинским работникам с учетом достижения целевых показателей по заработной плате отдельных категорий медицинских работников согласно Указу Президента РФ от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

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 фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушеркам (акушеркам), 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.

Системы оплаты труда работников МО формируются в соответствии с Законом Красноярского края от 29.10.2009 № 9-3864 «О системах оплаты труда работников краевых государственных учреждений» и на основе следующих принципов:

- установление систем оплаты труда коллективными договорами, соглашениями и локальными нормативными актами в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами РФ, содержащими нормы трудового права, включая фиксированные размеры должностных окладов, а также размеры доплат и надбавок компенсационного характера, в том числе за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных, размеры выплат стимулирующего характера. Работникам МО устанавливаются и производятся выплаты стимулирующего характера, не противоречащие действующему законодательству Красноярского края и Российской Федерации. Выплаты стимулирующего характера производятся исходя из достижения целевых показателей назначения выплат стимулирующего характера работникам МО. Целевые показатели эффективности должны содержать формализованные критерии определения достижимых результатов деятельности работников МО, измеряемые качественными и количественными показателями.

- обеспечение зависимости заработной платы каждого работника от его квалификации, сложности выполняемой работы, количества и качества затраченного труда;

- обеспечение равной оплаты за труд равной ценности при установлении размеров должностных окладов, выплат компенсационного и стимулирующего характера, а также недопущение какой бы то ни было дискриминации - различий, исключений и предпочтений, не связанных с деловыми качествами работников и результатами их труда.

Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение следующих видов стимулирующих выплат:

выплаты за важность выполняемой работы, степень самостоятельности и ответственности при выполнении поставленных задач;

выплаты за интенсивность и высокие результаты работы;

выплаты за качество выполняемых работ;

персональные выплаты;

выплаты по итогам работы.

Для всех МО фиксируется фонд оплаты труда на год в целом на МО и целевые показатели по средней заработной плате врачей, среднего медицинского персонала, младшего медицинского персонала.

Фактические расходы на оплату труда не могут превышать установленного фонда оплаты труда, за исключением средств, полученных из нормированного страхового запаса ТФОМС на оплату труда.

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 планом финансово-хозяйственной деятельности (ПФХД) на продукты питания.

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

Медицинские организации 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).

Организация обеспечения лекарственными препаратами, расходными материалами, медикаментами, изделиями медицинского назначения, лабораторной диагностики, средствами дезинфекции определена Приложением 11 (3.1).

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 оказании медицинской помощи, 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 медицинской организацией или приобретенное медицинской организацией 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 медицинской организацией или приобретенного медицинской организацией за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества;
- затраты на обязательное страхование гражданской ответственности владельцев транспортных средств;
- 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.

Распределение затрат, необходимых для деятельности медицинской организации в целом, по отдельным видам медицинской помощи (медицинским услугам) рекомендуется осуществлять одним из следующих способов:

- пропорционально фонду оплаты труда основного персонала, непосредственно участвующего в оказании медицинской помощи (медицинской услуги);
- пропорционально объему оказываемых медицинских услуг в случае, если медицинские услуги, оказываемые медицинской организацией, имеют одинаковую единицу измерения объема услуг, либо могут быть приведены в сопоставимый вид (например, если одно обращение в среднем включает в себя 2,9 посещения, то обращение может быть переведено в посещение путем умножения на 2,9);
- пропорционально площади, используемой для оказания каждого вида медицинской помощи (медицинской услуги) (при возможности распределения общего объема площадей медицинской организации между оказываемыми видами медицинской помощи (медицинскими услугами));
- путем отнесения всего объема затрат, необходимых для деятельности медицинской организации в целом, на один вид медицинской помощи (медицинской услуги), выделенный(ой) в качестве основного(ой) вида медицинской помощи (медицинской услуги) для медицинской организации;
- пропорционально иному выбранному показателю.

ПФХД государственных учреждений здравоохранения формируются в соответствии с требованиями Приказа Минфина России от 28.07.2010 № 81н «Требования к плану 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.

В течение финансового года образование кредиторской задолженности допускается в размере не более среднемесячной суммы заработанных средств по соответствующей статье (подстатье) расходов, за исключением МО, расположенных в районах Крайнего Севера и

приравненных к ним местностях с ограниченными сроками завоза грузов (продукции) в соответствии с Перечнем районов Крайнего Севера и приравненных к ним местностей с ограниченными сроками завоза грузов (продукции), утвержденным Правительством 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, правомерное и эффективное использование средств обязательного медицинского страхования в соответствии с нормами действующего законодательства, а также Порядком использования средств обязательного медицинского страхования (Приложение 12 (3.1)).

Коэффициенты дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края

Базовые ставки утверждаются в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, утвержденной постановлением Правительства РФ от 10.12.2018 №1506. Коэффициенты дифференциации тарифов устанавливаются для муниципальных образований Красноярского края.

В соответствии с Методическими рекомендациями, коэффициент дифференциации отражает уровень заработной платы, стоимости жилищно-коммунальных услуг и уровня цен по муниципальным образованиям Красноярского края. Порядок расчета коэффициента определен постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Постановление от 05.05.2012 № 462).

Коэффициент дифференциации для *i*-го муниципального образования Красноярского края рассчитывается по формуле:

$$K_i = (0,7 * \max(K_{ip}; K_{izp}) + 0,3 * PP_i) * 1,510, \text{ где:}$$

$\max(K_{ip}; K_{izp})$ - функция выбора максимального значения из коэффициентов:

K_{ip} - сумма средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории *i*-го муниципального образования Красноярского края;

K_{izp} - коэффициент уровня среднемесячной заработной платы *i*-го муниципального образования Красноярского края;

PP_i - коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг в *i*-м муниципальном образовании Красноярского края.

1,510 - коэффициент дифференциации на 2019 год, рассчитанный для Красноярского края в соответствии с Постановлением от 05.05.2012 № 462. При расчете коэффициента дифференциации по Красноярскому краю использован K_{ip} , поэтому для расчета коэффициента дифференциации по муниципальным образованиям также использован K_{ip} .

Коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для *i*-го муниципального образования Красноярского края рассчитывается по формуле:

$$PP_i = 0,22 * K_i(\text{жк}) + 0,78 * K_i(\text{ц}), \text{ где:}$$

$K_i(\text{жк})$ - коэффициент стоимости жилищно-коммунальных услуг в *i*-м муниципальном образовании Красноярского края;

$K_i(\text{ц})$ - коэффициент уровня цен в *i*-м муниципальном образовании Красноярского края;

$K_i(\text{жк})$ и $K_i(\text{ц})$ определяются в соответствии с методикой распределения дотаций на выравнивание бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 22 ноября 2004 № 670 «О

распределении дотаций на выравнивание бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации», на год, в котором рассчитывается субвенция.

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 медицинских организаций учитываются значения вышеперечисленных показателей, установленные для территории, на которой расположена медицинская организация.

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 2019 год и плановый период 2020-2021 годов», размещенного в общем доступе на официальном сайте Министерства финансов Красноярского края (<http://minfin.krskstate.ru>) по ссылке <http://minfin.krskstate.ru/doc/zakonprojekts/0/doc/51923>.

Коэффициенты дифференциации тарифов для муниципальных образований представлены в Приложении 13 (3.1.)).

3.2. УСТАНОВЛЕНИЕ ТАРИФОВ НА ОТДЕЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ.

Тарифы на медицинские услуги, предоставляемые исполнителями по направлениям МО, предоставляющих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (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».

Коэффициенты дифференциации к тарифам на отдельные медицинские услуги не применяются.

Тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (Приложение 15 (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.

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

Тарифы на услуги диализа (Приложение 16 (3.2)).

В соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты, Тарифным соглашением устанавливаются базовые тарифы на оказание медицинской помощи пациентам, получающим диализ, по следующим услугам:

A18.05.002 «Гемодиализ»

A18.30.001 «Перитонеальный диализ»,

рассчитанные в соответствии с разделом XI «Методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении правил медицинского страхования».

Базовые тарифы:

A18.05.002 «Гемодиализ» - 5 840,0 руб. за одну услугу гемодиализа;

A18.30.001 «Перитонеальный диализ» - 4 589,0 руб. за одну услугу перитонеального диализа.

Последующий расчет остальных услуг диализа (Тг) производится по формуле:

$$Тг = Бт * Кз * (Дзп * КДсуб + (1 - Дзп)), \text{ где:}$$

Бт – базовый тариф;

Кз – коэффициент относительной затратоемкости (Приложение № 17 (3.2));

Дзп – значение средней индексируемой доли заработной платы (Приложение № 17 (3.2));

КДсуб - коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края (Приложение № 13 (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 территориальной программы обязательного медицинского страхования, 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 территориальной программой обязательного медицинского страхования Красноярского края, составляет 6 079,5 рублей.

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.

№ п/п	Наименование показателя	№ п/п	1 квартал	2 квартал	3 квартал	4 квартал
1	Объем финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках ТП ОМС (Ф) тыс.руб.	1	2407233,4	2407233,4	2407233,4	2407233,2
2	Численность застрахованного прикрепленного населения Красноярского края по состоянию на 01.12.2018 (Ч)	2	2656663	2656663	2656663	2656663
3	Подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи по краю (ПН = Ф / Ч), рублей/человека в месяц	3=1/2/3 мес*1000	302,04	302,04	302,04	302,04

К подушевому нормативу финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях применяется средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива для однородных групп медицинских организаций (КДинт_г) (Приложение 18 (3.3.)), определенный по каждой медицинской организации как произведение:

КДсуб_г – коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края i-ой МО (Приложение 13 (3.1.));

КДпв_г – половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для i-ой МО-прикрепления (Приложение 18 (3.3.));

КДспі – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов и т.п.) для i-ой МО-прикрепления (Приложение 18 (3.3.));

КДсипні – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание для i-ой МО-прикрепления (Приложение 18 (3.3.)).

Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях 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.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях

№ п/п	Показатель	Итого	в том числе по группам застрахованных лиц									
			дети						трудоспособный возраст		старше трудоспособного возраста	
			0-1 года		1-4 лет		5-17 лет		18 - 59	18 - 54	60 лет и старше	55 лет и старше
			Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Стоимость медицинской помощи в амбулаторных условиях в 2018 году (тыс. руб.)	9272295,1	165553,2	150984,3	597108,7	553306,4	1026880,4	1025862,6	1217613,2	2067045,0	634633,7	1833307,6
2	Численность прикрепленного населения на 01.12.2018 (чел.)	2652982	14924	14016	74032	69915	207980	198193	751641	702304	183476	436501
3	Потребление МП на 1 застрахованного (руб.)	3495,05	11093,08	10772,28	8065,55	7913,99	4937,40	5176,08	1619,94	2943,23	3458,95	4200,01
4	Относительные коэффициенты потребления по полу и возрасту по Красноярскому краю (Кпв)	1,000	3,174	3,082	2,308	2,264	1,413	1,481	0,463	0,842	0,990	1,202

Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), мероприятия по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, 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 определена на основании средней стоимости медицинской помощи в амбулаторных условиях, утвержденной Постановлением Правительства Красноярского края «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов», и относительных коэффициентов стоимости одного посещения по специальностям, в соответствии с Методическими рекомендациями.

Тарифы на медицинские услуги при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (для медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения, и для расчетов за медицинскую помощь, предоставленную гражданам, застрахованным за пределами Красноярского края)

Наименование специальности	Тариф, руб.	Наименование специальности	Тариф, руб.	Наименование специальности	Тариф, руб.
Акушерское дело (среднее образование)	171,3	Неврология	406,4	Сестринское дело (среднее образование)	171,3
		Нейрохирургия	365		
Акушерство и гинекология	478,2	Нефрология	342,6	Стоматология*	197,1
Аллергология и иммунология	649	Общая врачебная практика (семейная)	342,6	Стоматология (среднее образование)*	197,1

Гастроэнтерология	342,6	медицина)		Стоматология детская*	197,1
Гематология	342,6	Общая врачебная практика (семейная медицина) (тариф для детей)	516,7	Стоматология терапевтическая*	197,1
Герiatrics	342,6			Стоматология хирургическая*	197,1
Дерматовенерология	294,3	Онкология	365	Сурдология-оториноларингология	284,4
Детская кардиология	390	Отоларингология	284,4	Терапия	342,6
Детская онкология	365	Офтальмология	243,8	Терапия (кабинет неотложной помощи)	342,6
Детская урология-андрология	295,3	Педиатрия	516,7		
Детская хирургия	365	Педиатрия (кабинет неотложной помощи)	516,7	Терапия (участковый)	342,6
Детская эндокринология	704,7	Педиатрия (участковый)	516,7	Торакальная хирургия	365
Инфекционные болезни	514,3	Пульмонология	342,6	Травматология и ортопедия	365
Кардиология	390	Ревматология	390	Урология	295,3
Колопроктология	365	Сердечно-сосудистая хирургия	365	Хирургия (общая)	365
Лечебное дело (самостоятельный прием)	171,3	Сестринское дело (самостоятельный прием)	171,3	Эндокринология	704,7
				Приемное отделение	342,6

*стоимость УЕТ

К тарифам на медицинские услуги при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях применяются:

- коэффициенты, учитывающие дифференциацию посещений/обращений по типам:

посещения с профилактической и иной целью – 1,00;

посещения в неотложной форме – 1,27;

обращения по поводу заболевания (2 и более посещений) – относительные коэффициенты, рассчитанные в соответствии с

Методическими рекомендациями.

Наименование специальности	Коэффициент стоимости обращения / посещения	Наименование специальности	Коэффициент стоимости обращения / посещения	Наименование специальности	Коэффициент стоимости обращения / посещения
Акушерское дело (среднее образование)	2,7	Неврология	2,9	Сестринское дело (среднее образование)	2,7
		Нейрохирургия	3,0		
Акушерство и гинекология	3,8	Нефрология	2,7	Стоматология	2,6
Аллергология и иммунология	2,6	Общая врачебная практика (семейная медицина)	2,7	Стоматология (среднее образование)	2,6
Гастроэнтерология	2,7			Стоматология детская	2,6
Гематология	2,7	Общая врачебная практика (семейная медицина) (тариф для детей)	2,8	Стоматология терапевтическая	2,6
Герiatrics	2,7			Стоматология хирургическая	2,6
Дерматовенерология	4,2	Онкология	3,0	Сурдология-оториноларингология	4,1
Детская кардиология	3,1	Отоларингология	4,1	Терапия	2,7
Детская онкология	3,0	Офтальмология	3,8	Терапия (кабинет неотложной помощи)	2,7
Детская урология-андрология	2,6	Педиатрия	2,8		
Детская хирургия	3,0	Педиатрия (кабинет неотложной помощи)	2,8	Терапия (участковый)	2,7
Детская эндокринология	2,5	Педиатрия (участковый)	2,8	Торакальная хирургия	3,0
Инфекционные болезни	2,4	Пульмонология	2,7	Травматология и ортопедия	3,0

Наименование специальности	Коэффициент стоимости обращения / посещения	Наименование специальности	Коэффициент стоимости обращения / посещения	Наименование специальности	Коэффициент стоимости обращения / посещения
Кардиология	3,1	Ревматология	3,1	Урология	2,6
Колопроктология	3,0	Сердечно-сосудистая хирургия	3,0	Хирургия (общая)	3,0
Лечебное дело (самостоятельный прием)	2,7	Сестринское дело (самостоятельный прием)	2,7	Эндокринология	2,5
				Приемное отделение	2,7

- КДсубі – коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края i-ой МО (Приложение 13 (3.1.));

- коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций (КДси) (Приложение 19 (3.3)).

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

К тарифам на медицинские услуги «Центров здоровья» применяются:

- коэффициенты дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края (Приложение 13 (3.1.));

- коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций (КДси) (Приложение 19 (3.3)).

Для МО, в составе которых на функциональной основе созданы Центры здоровья, единицей объема первичной медико-санитарной помощи является посещение.

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

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)).

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

При пятидневной рабочей неделе врач ежедневно выполняет 38,5 УЕТ.

При оплате стоматологической помощи: стоимость посещения с профилактической, иной целью и обращений по поводу заболевания рассчитывается как стоимость одной УЕТ, умноженной на количество УЕТ, учтенных в рамках одного посещения или обращения по заболеванию; стоимость посещения в неотложной форме рассчитывается как стоимость одной УЕТ, умноженной на количество УЕТ и на коэффициент, учитывающий дифференциацию посещений по типам (1,27).

Количество УЕТ должно соответствовать времени приема пациента.

1 УЕТ в среднем составляет 10 минут. Например, прием в течение 30 минут не должен превышать 3 УЕТ.

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

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

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 территориальной программой обязательного медицинского страхования Красноярского края, составляет 8 251,6 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 территориальной программой обязательного медицинского страхования Красноярского края, составляет 1 791,1 рублей.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в клинико-статистическую группу (базовая ставка) в стационарных условиях составляет 22 350,00 рубля.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в клинико-статистическую группу (базовая ставка) в условиях дневного стационара составляет 11 570,00 рублей.

Средняя стоимость законченного случая лечения, включенного в КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение» в условиях дневного стационара 172 000,30 рублей.

Распределение КСГ заболеваний по профилям медицинской деятельности (КПП) и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ/КПП для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, соответствуют Методическим рекомендациям.

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

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

Перечень КСГ, являющихся исключениями, оплата по которым производится по полному тарифу в стационарных условиях (Приложение 28 (3.4)).

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

Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги в стационарных условиях (Приложение 30 (3.4)).

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

Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию (Приложение 32 (3.4)).

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

Перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях (Приложение 34 (3.4)).

Поправочные коэффициенты оплаты медицинской помощи

Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в стационарных условиях (Приложение 35 (3.4.)):

для медицинских организаций 1-го уровня – 0,95, при выделении подуровней – от 0,7 до 1,2;

для медицинских организаций 2-го уровня – 1,1 при выделении подуровней – от 0,9 до 1,3;

для медицинских организаций 3-го уровня – 1,3, при выделении подуровней – от 1,1 до 1,5;

для ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства» по гинекологическому, кардиологическому, хирургическому отделениям, отделениям отоларингологии, травматологии-ортопедии, ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь – 1,4;

для ФГБУЗ «Клиническая больница № 51» ФМБА России, ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства» Клиническая больница № 42 (филиал), КГБУЗ «Городская больница ЗАТО Солнечный Красноярского края» - 1,2;

для ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства» (за исключением гинекологического, кардиологического, хирургического отделений, отделений отоларингологии, травматологии-ортопедии) -1,1.

Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара для всех медицинских организаций Красноярского края равны 1,00, за исключением:

- ФГБУЗ «Клиническая больница № 51» ФМБА России, ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства» Клиническая больница № 42 (филиал), КГБУЗ «Городская больница ЗАТО Солнечный Красноярского края», которым коэффициент уровня (подуровня) в условиях дневного стационара установлен в значении 1,20.

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) (Приложение 36 (3.4.)) применяется 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

Прерванный случай лечения или незаконченный случай лечения – случай оказания медицинской помощи, характеризующийся неполным выполнением объема лечебных, реабилитационных мероприятий, перевод пациента по основному заболеванию, указанному в качестве причины госпитализации, в рамках одной МО, при преждевременной выписке пациента из МО при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, при проведении диагностических исследований, другие причины, а также случаи, относящиеся к сверхкоротким.

Сверхкороткими являются случаи, при которых длительность госпитализации составляет 3 дня и менее, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения, а также случаев, входящих в группы, являющиеся исключениями по перечню групп, оплата по которым производится в полном объеме независимо от длительности 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 была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ (Приложение 32 (3.4));

50% от стоимости КСГ, если случай является сверхкоротким (3 дня и менее) и пациенту не проводилась хирургическая операция и (или) тромболитическая терапия, определяющие отнесение случая к КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10);

в условиях дневного стационара

90% от стоимости КСГ:

- если длительность лечения более 3 дней и пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ;

80% от стоимости КСГ:

- если длительность лечения более 3 дней и пациенту не проводилась хирургическая операция 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 была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ (Приложение 33 (3.4));

50% от стоимости КСГ, если случай является сверхкоротким (3 дня и менее) и пациенту не проводилась хирургическая операция и (или) тромболитическая терапия, определяющие отнесение случая к КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

По случаям лечения, входящим в группы, которые являются исключениями по перечню групп, оплата по которым производится в полном объеме независимо от длительности лечения (Приложения 28,29 (3.4)).

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар - и из дневного стационара в круглосуточный), оплата производится по соответствующей КСГ, пребывание больного отражается в счетах круглосуточного и дневного стационара как за самостоятельный случай оказания медицинской помощи. При окончательном расчете стоимости прерванного случая учитываются поправочные коэффициенты, учитывающие особенности и сложность курации пациента, уровень МО.

При переводе пациента 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%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, оплата которых производится в соответствии с установленными правилами.

При этом, если перевод производится в пределах одной МО, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, 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 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 случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более (за исключением случаев, представленных в Инструкции) с последующим родоразрешением.

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

При направлении в МО, в том числе федеральную, 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, в том числе федеральной МО, ВМП, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по КСГ, формируемой по коду МКБ 10.

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

Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования за счет субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС, определен Разделом 1 Постановления Правительства Красноярского края «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».

Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (Приложение 37 (3.4)).

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

Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Красноярского края, в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 1 033,1 рублей.

Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования

Наименование показателя	№ п/п	1 квартал	2 квартал	3 квартал	4 квартал
Объем финансирования СМП в рамках программы ОМС (Ф)	1	739417,8	739417,8	739417,8	739417,8

Численность застрахованного населения Красноярского края	2	2933315	2933315	2933315	2933315
Подушевой норматив финансирования по краю (ПН = Ф / Ч), рублей/человека	3=1/2	252,08	252,08	252,08	252,08

К подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи применяется средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации для однородных групп медицинских организаций (КДинт_г) (Приложение 38 (3.5)), определенный по каждой МО как произведение:

КДсуб_г - коэффициента дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края (Приложение 13 (3.1.));

Кпв_г - коэффициентов, учитывающих потребление медицинской помощи по полу и возрасту обслуживаемого населения i-ой МО (Приложение 38 (3.5));

КДси_г – коэффициента дифференциации по уровню расходов на содержание для i-ой МО (Приложение 38 (3.5)).

Полученные значения КДинт 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.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи.

№ п/п	Показатель	ИТОГО	в том числе по группам застрахованных лиц									
			дети						трудоспособный возраст		старше трудоспособного возраста	
			0-1 года		1-4 лет		5-17 лет		18 - 59	18 - 54	60 лет и старше	55 лет и старше
			Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Стоимость скорой медицинской помощи в 2019 году (тыс. руб.)	2673295,9	40656,4	34609,7	141558,3	116973,8	131787,2	121355,6	536336,8	569465,4	260009,3	720543,4
2	Численность обслуживаемого населения на 01.12.2018 (чел.)	2809433	15 628	14745	77763	73 299	223595	212961	790795	727942	201509	471196
3	Потребление МП на 1 застрахованного (руб.)	951,54	2601,51	2347,22	1820,38	1595,84	589,40	569,85	678,22	782,30	1290,31	1529,18
4	Относительные Коэффициенты потребления по полу и возрасту по Красноярскому краю (Кпв)	1,000	2,734	2,467	1,913	1,677	0,619	0,599	0,713	0,822	1,356	1,607

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 медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу – 1629,63 рублей;
- для ФГБУЗ «Сибирский клинический центр» ФМБА России – 1629,63 рублей;
- при проведении тромболитической терапии – 31 000 рублей, рассчитанный по формуле:

$$T = (\sum P_i * V * C_i) / V * D, \text{ где:}$$

- T – стоимость 1 вызова с проведением тромболитической терапии;
- P_i – фактическая доля вызовов с тромболизисом, выполненным i-м препаратом;
- V – плановое количество вызовов с тромболизисом на год;
- C – стоимость i-го препарата (рассчитанного на 75 кг веса);
- D – индекс дефлятор.

К тарифам за вызов скорой медицинской помощи применяется коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края (Приложение 13 (3.1.)).

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

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Красноярского края, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования 12 531,1 рублей.

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.

№ п/п	Наименование показателя	П/№	1 квартал	2 квартал	3 квартал	4 квартал
1	Объем финансирования в рамках программы ОМС, тыс.руб. (Ф)	1	703272,0	703272,0	703272,0	703272,0
2	Численность прикрепленного населения на 01.12.2018г.	2	260127	260127	260127	260127
3	Подушевой норматив финансирования по краю (ПН = Ф / Ч), рублей/человека	3=1/2	901,19	901,19	901,19	901,19

К подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи медицинской помощи применяется средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива для однородных групп медицинских организаций (КДинтi) (Приложение 39 (3.6.)), определенный по каждой медицинской организации как произведение:

КДсубi – коэффициент дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края i-ой МО (Приложение 13 (3.1.));

КДпвi – половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для i-ой МО-прикрепления (Приложение 39 (3.6.));

КДспi – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов и т.п.) для i-ой МО-прикрепления (Приложение 39 (3.6.));

КДсипнi – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание для i-ой МО-прикрепления (Приложение 39 (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						трудоспособный возраст		старше трудоспособного возраста	
			0-1 года		1-4 лет		5-17 лет		18 - 59	18 - 54	60 лет и старше	55 лет и старше
			Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Стоимость медицинской помощи в 2018 году (тыс. руб.)	2726465,8	29006,9	26987,1	102174,4	89476,5	207195,2	205948,5	455527,8	641775,0	297777,0	670597,4
2	Численность прикрепленного населения на 01.12.2018 (чел.)	260127	1212	1170	6042	5685	21561	20368	77488	59979	22154	44468
3	Потребление МП на 1 застрахованного (руб.)	10481,29	23933,09	23065,90	16910,69	15739,05	9609,72	10111,38	5878,69	10699,99	13441,23	15080,45

4	Относительные коэффициенты потребления по полу и возрасту по Красноярскому краю (Кпв)	1,000	2,283	2,201	1,613	1,502	0,917	0,965	0,561	1,021	1,282	1,439
---	---	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

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.

Размер 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 (Приложение 40 (4.)).

Порядок расчета санкций, применяемых к МО.

Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:

$$C = H + C_{шт}, \text{ где}$$

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

Cшт - размер штрафа, применяемого к МО за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание МП ненадлежащего качества.

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

$$H = PT * K_{но}, \text{ где:}$$

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

Kно – 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 организации и проведения контроля (далее - Перечень оснований), предусмотренным в порядке организации и проведения контроля:

Размер Kно	Код дефекта согласно Приложению №8 Приказа ФОМС от 01.12.2010 №230
0,1	3.1; 3.2.1; 3.3.1; 4.2; 4.3
0,3	3.2.2; 3.12; 3.13
0,4	3.2.3; 3.3.2
0,5	1.5; 3.4; 3.5
0,6	3.8
0,7	3.7
0,8	3.6
0,9	3.2.4; 3.11; 3.14; 4.4
1,0	1.4; 3.2.5; 3.10; 4.1; 4.5; 4.6; раздел 5

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

$$C_{шт} = RP * K_{шт}, \text{ где}$$

RP – размер подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного ТП ОМС в соответствии с законодательством РФ на дату оказания/отказа в оказании МП,

Kшт – коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с Перечнем оснований:

Размер Kшт	Код дефекта согласно Приложению №8 Приказа ФОМС от 01.12.2010 №230
0,3	1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 3.7; 3.13
0,5	1.5; 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

1,0	1.2.1; 1.3.1; 1.4; 2.1; 2.3; 3.1; 3.6; 3.2.4; 3.11; 3.14; 4.6
3,0	1.2.2; 1.3.2; 3.2.5

Порядок реализации приказа ФОМС от 01.12.2010 №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее - Приказ ФОМС от 01.12.2010 № 230).

Проведение целевых медико-экономических экспертиз (далее – МЭЭ).

Целевая МЭЭ проводится страховой медицинской организацией (далее - СМО) в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам (одновременно с Протоколом предоставления ТФОМС в СМО реестра счетов в электронном виде, с указанием числа случаев по каждому поводу для проведения целевой МЭЭ), за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Датой окончания целевой МЭЭ является дата подписания акта руководителем СМО.

Целевая МЭЭ проводится в случаях:

1) повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение 15 дней - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 30 дней - при повторной госпитализации, в течение 24 часов от момента предшествующего вызова – при повторном вызове скорой медицинской помощи (далее – СМП).

Условиями выборки по амбулаторно-поликлинической помощи являются: одна МО, одна СМО, одна специальность, один код МКБ-10 на уровне трехзначных рубрик (или до 5 символов), повторное обращение по заболеванию (код цели посещения 319, код способа оплаты 93).

Условиями выборки по КрСт и ДнСт являются: одна МО, одна СМО, один профиль, один код МКБ-10.

Условиями выборки по СМП: одна МО, одна СМО, один код МКБ до подкласса, коды результата выезда (справочник кодов результатов выезда бригад СМП) за исключением: адрес не найден (код 409), больной не найден на месте (код 407), больной обслужен врачом поликлиники до прибытия (код 413), больной увезен до прибытия скорой помощи (код 412), вызов отменен (код 414), дежурство (код 416), ложный вызов (код 410), отказ от помощи (код 408), пациент практически здоров (код результата вызова 415), вызов передан специализированной бригаде (код 404), исключить из повторных случаи передачи вызова специализированной бригаде (если первичный вызов обслужен фельдшерской бригадой, а повторный - врачебной или специализированной, первичный вызов обслужен врачебной бригадой, повторный – специализированной, случаи повторных вызовов в течение суток с кодами МКБ J40-J47, I10-I11, J00-06, за исключением повторных вызовов, закончившихся транспортировкой в стационар (код результата выезда 403).

2) получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в МО.

Проведение плановых и тематических МЭЭ.

Плановая МЭЭ осуществляется в течение месяца по счетам, предоставленным к оплате за оказанную застрахованному лицу медицинскую помощь по ОМС.

В соответствии с п.18 Приказа ФОМС от 01.12.2010 № 230 в отношении определенной совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическим признакам в МО в соответствии с планом, согласованным ТФОМС Красноярского края, может

проводиться плановая тематическая МЭЭ, для которой отбор случаев осуществляется в пределах одного года с даты предоставления счетов и реестров счетов к оплате.

Тематическими признаками для проведения МЭЭ являются:

- частота и виды послеоперационных осложнений;
- продолжительность лечения;
- стоимость медицинских услуг;
- медицинская реабилитация;
- онкология (в соответствии с Методическими рекомендациями по организации и проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной пациентам с подозрением на онкологическое заболевание, и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания»).

Проведение тематических МЭЭ предусматривается в объеме не менее 40% от плановых МЭЭ.

Проведение целевых ЭКМП (далее – ЭКМП).

Целевая ЭКМП проводится в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам (одновременно с Протоколом предоставления ТФОМС в СМО реестра счетов в электронном виде, с указанием числа случаев по каждому поводу для проведения целевой МЭЭ), за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации, и случаев, указанных в подпункте «д» пункта 25 Приказа ФОМС от 01.12.2010 № 230.

Датой окончания целевой ЭКМП является дата подписания акта руководителем СМО.

В случае необходимости получения результатов патологоанатомического вскрытия при летальном случае, результатов расследования Роспотребнадзора при внутрибольничном инфицировании, при непредставлении медицинской документации в случаях изъятия документации уполномоченными органами, наличия официального запроса от застрахованного лица (представителя), оформленного в установленном законодательством Российской Федерации порядке, и иных случаях в соответствии с законодательством Российской Федерации и нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти (пункты 24, 67 Приказа ФОМС от 01.12.2010 № 230), срок проведения ЭКМП продлевается. Организационные экспертные мероприятия (например, запрос материалов, необходимых для проведения экспертизы качества медицинской помощи и их анализ, переговоры с экспертом качества необходимой специальности) осуществляются в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам. Со дня прекращения обстоятельства, послужившего основанием для продления срока проведения целевой ЭКМП, целевая ЭКМП должна быть проведена СМО в течение месяца.

Целевая ЭКМП проводится в случаях:

- 1) получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации;
- 2) летальных исходов;
- 3) внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания;
- 4) первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;
- 5) повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 15 дней – при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 30 дней - при повторной госпитализации; в течение 24 часов от момента предшествующего вызова – при повторном вызове СМП.

Выборка производится по условиям, аналогичным целевой МЭЭ.

Целесообразность проведения того или иного вида экспертного контроля (целевая МЭЭ или целевая ЭКМП) определяется организатором контроля в зависимости от особенностей каждого конкретного случая;

б) по случаям, отобраным по результатам целевой МЭЭ.

Проведение плановых тематических ЭКМП.

Плановая тематическая ЭКМП проводится в отношении определенной совокупности случаев оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, отобранных по тематическим признакам в каждой медицинской организации или группе медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию одного вида или в одних условиях.

Проведение плановых тематических ЭКМП предусматривается в объеме не менее 40% от плановых ЭКМП, проведение плановых тематических ЭКМП в 100% случаев ОКС и ОНМК в непрофильных медицинских организациях, в соответствии с региональными порядками (приказы министерства здравоохранения Красноярского края от 14.09.2018 №859-орг., №860-орг.).

Выбор тематики осуществляется на основании показателей деятельности МО, их структурных подразделений и профильных направлений деятельности:

а) больничной летальности, смертности, выявления онкологических заболеваний на ранней стадии ниже среднекраевого показателя, укороченных или удлиненных сроков лечения для нозологических форм по итогам года, стоимости медицинских услуг;

б) результатов внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи;

в) результатов проведенной медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, оценки лечебно-диагностического процесса;

г) наличия подтверждающих признаков повторяющихся, систематических ошибок, либо тенденций, свидетельствующих о наличии возможных дефектов лечебно-диагностического процесса;

д) по хирургическому профилю выбор МО для проведения тематической экспертизы по острому панкреатиту, осложнениям язвенной болезни и кишечной непроходимости является превышение показателя госпитальной летальности выше среднероссийского.

В отношении пациентов, обращающихся в медицинские организации, в том числе, на разных уровнях оказания медицинской помощи более пяти раз в течение трех месяцев («часто болеющие») проводятся тематические экспертизы по параметрам, определенным СМО.

Приоритетные направления плановых тематических ЭКМП:

в АПП: диспансеризация, онкология, назначение препаратов при хроническом болевом синдроме, в том числе сильнодействующие (наркотические) средства, облитерирующие заболевания сосудов нижних конечностей, диспансерное динамическое наблюдение за пациентами после перенесенных ОКС, ОНМК, пневмонии и пациентов с ХНИЗ;

в круглосуточном стационаре: ВМП, неонатология, заболевания группы «Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей» у детей в возрасте до 3 лет (в т.ч. коды МКБ: J00, J02.0, J02.8, J02.9, J04.0, J04.1, J04.2, J06.0, J06.8, J06.9), травматология и ортопедия, организация медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, оказание медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом, острым нарушением мозгового кровообращения, больным с пневмонией, медицинская реабилитация, самовольно прерванное лечение (код 110 классификатора результатов обращения за МП);

в дневном стационаре: основным предметом является выявление случаев необоснованной госпитализации, когда медицинская помощь пациентам могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно - поликлинических условиях;

в СМП: оказание медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом, острым нарушением мозгового кровообращения, больным с диагнозом, не подтвержденным в МО доставки, непроведение догоспитального тромболизиса в соответствии региональным порядком оказания медицинской помощи пациентам с ОКС (приказ МЗ КК от 14.09.2018 №860-орг).

При формировании плана тематических экспертиз МЭЭ и ЭКМП в разрезе МО обязательно указывается тематика контрольного мероприятия, кроме того при подготовке аналитической информации по результатам проведенных экспертиз результаты плановых тематических экспертиз отражаются в аналитических справках и предоставляются после проведения контрольных мероприятий СМО в адрес ТФОМС Красноярского края.

При выявлении экспертом качества нарушений раздела 3 «Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи»:

- п. 3.2, 3.3. - в экспертном заключении в обязательном порядке указывается отсылка на нормативный акт (№ стандарта, приказ об утверждении стандарта, наименование методических рекомендаций, протокол лечения, порядок оказания медицинской помощи (федеральный, региональный) с указанием приказа и номера документа);

п. 3.6. - экспертом качества указывается порядок оказания медицинской помощи, в соответствии с которым должна была соблюдена маршрутизация, и причины ее нарушения, информация о внесении в региональные мониторинги, для заболеваний, по которым они установлены (кардиомониторинг, нейромониторинг, мониторинг пневмоний, травмамониторинг, перинатальный мониторинг, телеЭКГ и т.д.), при нарушении маршрутизации по вине принимающей стороны необходимо отражать данный факт в акте экспертизы качества МП.

При экспертизе качества случаев летальных исходов и проведения патологоанатомического вскрытия при наличии расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов, отраженного в протоколе патологоанатомического заключения, данный факт необходимо отражать в акте экспертизы качества МП.

При проведении экспертиз используются мультидисциплинарные подходы в соответствии с методическими рекомендациями ФОМС по порядку проведения ЭКМП.

Поводом для проведения мультидисциплинарной ЭКМП являются:

- жалобы граждан на качество медицинской помощи при условии неблагоприятного исхода: смерть застрахованного лица, первичный выход на инвалидность застрахованного лица;

- случаи летального исхода при следующих нозологических формах:

острый коронарный синдром (код МКБ10 - I 20.0; I 21 - I 24),

острое нарушение мозгового кровообращения (код МКБ10 - I 60 - I 63; G 45 - G 46),

внебольничные и госпитальные пневмонии (код МКБ10 - J 12 - J 18),

злокачественные новообразования молочной железы у женщин (код МКБ 10 - C 50);

- первичный выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста по поводу:

последствий острого коронарного синдрома (код МКБ10 - I 20.0; I 21 - I 24),

острого нарушения мозгового кровообращения (код МКБ10 - I 60 - I 63; G45 - G 46);

- выявление запущенной формы ЗНО молочной железы, ротовой полости, пищевода, желудка, прямой кишки, кожи, шейки матки, предстательной железы.

Онкология и болезни системы кровообращения являются приоритетными направлениями, в том числе контрольно-экспертных мероприятий СМО, и подлежат оценке по всем условиям оказания медицинской помощи.

Онкология.

Контрольно-экспертные мероприятия направлены в первую очередь на 18 нозологических форм, покрывающих 90% всех ЗНО и определенных приказом ФОМС от 28.09.2018 № 200: молочная железа, пищевод, желудок, прямая кишка, ректосигмоидный отдел и ободочная кишка, кожа (в том числе меланома), шейка и тело матки, яичники, предстательная железа, почки, мочевого пузыря, легкое, поджелудочная железа, щитовидная железа.

При проведении экспертиз по случаям оказания медицинской помощи по профилю «онкология» и «детская онкология» проводится оценка соблюдения требований к доступности и качеству медицинской помощи, в том числе сроков, установленных порядками оказания медицинской помощи населению (Приказ МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. № 915н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», по профилю «детская онкология», Приказ МЗ РФ от 31 октября 2012 г. № 560н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская онкология»), Методическими рекомендациями по организации и проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной пациентам с подозрением на онкологическое заболевание, и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания».

Контроль объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи проводится СМО в автоматизированном режиме на основании сформированной персонифицированной «Истории обращений пациента за медицинской помощью» на каждого пациента, по признакам, имеющимся в реестрах счетов.

Тематическими признаками для проведения МЭЭ и/или информационного сопровождения граждан являются:

- отсутствие признака «подозрение на злокачественное новообразование» при впервые установленном диагнозе группы «С» согласно МКБ-10 и нейтропении (код диагноза по МКБ-10 D70 с сопутствующим диагнозом C00 - C80 или C97);
- срок с момента выявления до постановки диагноза пациентам с онкологическими заболеваниями;
- интервал более 5 рабочих дней или отсутствие консультации врача-онколога с даты появления признака «Подозрение на злокачественное новообразование» и/или признака «Направление к онкологу» на этапе оказания медицинской помощи в поликлинике по месту жительства у врача-терапевта или иного врача-специалиста;
- интервал 2 и более дней или отказ в направлении на биопсию с даты появления признака «Подозрение на злокачественное новообразование» у врача-онколога и датой признака «Направление на биопсию» или появления признака «Направление к онкологу» (онкологического диспансера), свидетельствующего об отсутствии возможности проведения биопсии на уровне первичного звена;
- интервал 2 и более дней в направлении на дообследование или отказ в проведении дообследования с даты появления признака «Подозрение на злокачественное новообразование» с датой признаков «Направление на дообследование» и «Метод диагностического исследования» (лабораторная диагностика, инструментальная диагностика, методы лучевой диагностики, в том числе дорогостоящие);
- отсутствие признака «Подозрение на ЗНО» от 3 месяцев до 1 года до момента появления признака «Сведения о случае лечения онкологического заболевания»;
- интервал между приемами врача-онколога первичным и с уже установленным верифицированным диагнозом онкологического заболевания (с целью проведения диагностических исследований) более 16 календарных дней или не установлении диагноза;
- интервал более 10 календарных дней или отсутствие консилиума с момента установленного верифицированного диагноза онкологического заболевания (признак «Код результата диагностики»);
- интервал более 15 календарных дней или отсутствие консилиума от даты впервые установленного (предварительного) диагноза группы "С" у врача-онколога при отсутствии гистологической верификации диагноза;

- нарушенные сроки ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, пациентам со злокачественными новообразованиями, нарушение маршрутизации оказания медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями в соответствии с Порядком;

- случаи несвоевременной диагностики онкологического заболевания, в том числе несоблюдения сроков выполнения КТ, МРТ, ПЭТ в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования;

- применение лекарственной терапии (химиотерапии) в условиях дневного и круглосуточного стационара в 100% случаев;

- нарушение срока начала, окончания и возобновления очередного цикла введения химиопрепаратов и отсутствие признаков «Противопоказание или отказ»;

- обращения пациента с заполненным полем «Сведения об имеющихся противопоказаниях и отказах» в 100% случаев.

В АПП оценивается соблюдение сроков с момента подозрения консультации врача онколога и установления впервые диагноза ЗНО, своевременность направления на курсовое лечение в соответствии с рекомендациями онкологического диспансера, диспансерное наблюдение за пациентами с ЗНО, анализ противопоказаний и отказов от специализированной помощи пациентов с ЗНО, оказание паллиативной помощи в части терапии хронического болевого синдрома, в 100 % случаев при выявлении у больного запущенной формы злокачественного образования (далее – ЗНО) по 18 нозологическим формам с использованием мультидисциплинарного подхода.

Экспертиза качества медицинской помощи с применением мультидисциплинарного подхода проводится по одному или нескольким случаям оказания медицинской помощи застрахованному лицу более чем по одной специальности с целью оценки качества разных видов медицинской помощи на различных этапах и/или уровнях оказания медицинской помощи. К проведению экспертизы качества медицинской помощи привлекаются эксперты качества медицинской помощи соответствующих специальностей, составляющие экспертную группу (хирург, радиолог, кардиолог и т.д.).

В стационаре осуществляется контроль степени достижения запланированного результата при поведении химиотерапии, проводится контроль определения стадии онкологического заболевания и выбора метода лечения.

В ходе тематической МЭЭ по случаям лечения пациентов со злокачественными новообразованиями специалист-эксперт оценивает:

- соответствие стадии заболевания и TNM (только по нозологиям, для которых соответствие TNM и стадии является однозначным);

- выбранный метод лечения на соответствие клиническим рекомендациям (стандартизированным схемам лечения пациентов);

- соответствие технологии взятия биопсийного (операционного) материала требованиям клинических рекомендаций;

- соответствие формы направления в патолого-анатомическое бюро (отделение) форме согласно приложению N 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.03.2016 N 179н "О Правилах проведения патолого-анатомических исследований;

- полноту заключения морфологического или иммуногистохимического исследования в соответствии с клиническими рекомендациями;

- своевременность постановки на диспансерный учет и проведения диспансерных осмотров.

По результатам проведенной тематической экспертизы специалист-эксперт оформляет в двух экземплярах "Протокол выполнения клинических рекомендаций" (Приложение 3 Методических рекомендаций по организации и проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной пациентам с подозрением на онкологическое заболевание, и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания)). Один экземпляр является приложением к Акту медико-экономической экспертизы, второй передается эксперту качества медицинской помощи в случае отбора в ходе МЭЭ для тематической ЭКМП.

В случае выявления признаков нарушения качества медицинской помощи, специалист-эксперт передает случай на экспертизу качества медицинской помощи на предмет:

- соответствия выбранной схемы химиотерапии стадии заболевания;

- соответствия расчета разовой дозы введенного химиопрепарата расчету дозы по формуле с учетом массы тела или площади поверхности тела;
- соблюдения "дозо-интервальных требований" при применении лекарственной и лучевой терапии;
- полноты проведения диагностических исследований, направленных на своевременность диагностики осложнений лекарственной терапии (химиотерапии);
- своевременности и полноты проведения пациентам поддерживающей терапии и терапии, направленной на профилактику осложнений лекарственной (химиотерапии) (в том числе, тошноты и рвоты, тромбозмембранных осложнений, кардиоваскулярной токсичности, гепатотоксичности, анемии и лейкопении, индуцированных противоопухолевой химиотерапией);
- отсутствия в медицинской документации определения прогноза пациента (в том числе в рамках консилиума и планируемого результата оказания медицинской помощи (в том числе с учетом изменения клинической группы)).

Болезни системы кровообращения.

В условиях круглосуточного стационара тематические экспертизы проводятся по случаям госпитализации пациентов с ОКС в «непрофильные МО» (в том числе с летальными исходами) с предоставлением экспертных заключений с обязательным указанием:

- соблюдение регионального порядка оказания медицинской помощи пациентам с ОКС в части маршрутизации, в том числе перевод и его своевременность в ПСО, в случае отсутствия перевода указать причину;
- внесение пациентов в кардиомониторинг, наличие в первичной медицинской документации информации об этом, соблюдение рекомендаций врачей КГБУЗ «Краевая клиническая больница» при ведении пациента с использованием систем мониторинга, наличие обратной связи с КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;
- проведение телемедицинского ЭКГ;
- наличие рекомендаций на амбулаторно – поликлинический этап при выписке.

В условиях СМП обязательной оценке подлежат случаи непроведения догоспитального тромболизиса в соответствии с региональным порядком оказания медицинской помощи пациентам с ОКС (приказ МЗ КК от 14.09.2018 №860-орг).

В условиях АПП оценивать диспансерное наблюдение пациентов, перенесших лечение по поводу ОКС и гипертонической болезни.

Взаимодействие субъектов контроля осуществляется в порядке, предусмотренном Приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230:

при проведении МЭЭ и ЭКМП МО обязана предоставить в порядке, указанном в запросе, специалистам-экспертам и экспертам качества медицинской помощи в течение 5 рабочих дней после получения запроса первичную медицинскую (в том числе в электронном виде при использовании электронной медицинской карты), учетно-отчетную и прочую документацию, при необходимости результаты внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи (далее – документация). При невозможности предоставить запрашиваемую документацию, МО письменно информирует СМО в указанный срок об объективных причинах, препятствующих ее предоставлению, и ориентировочных сроках предоставления документации. При не предоставлении документации в указанный срок, либо при не направлении письменной информации об объективных причинах непредоставления документации, СМО имеет право применить код дефекта 4.1 (непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в МО без объективных причин).

СМО (пункт 37 Приказа ФОМС от 01.12.2010 № 230) на основании актов экспертизы качества медицинской помощи ежемесячно готовят предложения по улучшению качества медицинской помощи и направляют в ТФОМС Красноярского края с приложением планов мероприятий по устранению нарушений в оказании медицинской помощи, выявленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи, представленных МО.

РАЗДЕЛ 5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

5.1. ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ И ИНДЕКСАЦИИ ТАРИФОВ НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Формирование тарифов осуществляется в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, утвержденной Приказом от 28.02.2011 N 158н Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования (далее – Правила).

Тарифы на медицинские услуги рассчитываются в соответствии с Правилами и включают в себя статьи затрат, установленные ТП ОМС Красноярского края.

Расчет тарифов осуществляется на единицу объема медицинской помощи (1 случай госпитализации, 1 посещение, 1 законченный случай диспансеризации и профилактических медицинских осмотров граждан, 1 вызов СМП), на медицинскую услугу, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), на основе подушевого норматива финансирования МО на прикрепленных к МО застрахованных лиц.

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

Индексация тарифов производится на основании показателей прироста средств ОМС, предусмотренных бюджетом ТФОМС Красноярского края.

При наличии средств для увеличения тарифов на медицинские услуги, ТФОМС Красноярского края вносит предложение на рассмотрение комиссии по разработке ТП ОМС по изменению тарифов на медицинские услуги, базовых ставок, коэффициентов уровня (подуровня) оказания МП, коэффициентов дифференциации по уровню расходов.

5.2. СРОК ДЕЙСТВИЯ ТАРИФНОГО СОГЛАШЕНИЯ И ПОДПИСИ СТОРОН

Настоящее Соглашение действует с 01 января 2019 года до 31 декабря 2019 года (включительно).

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

Внесение изменений и дополнений в настоящее Соглашение оформляется путем подписания дополнительных соглашений в соответствии с решениями комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Красноярского края.

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

ПОДПИСИ СТОРОН

Министерство здравоохранения Красноярского края _____



В.С. Денисов

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Красноярского края _____



С.В. Козаченко

Страховые медицинские организации Красноярского края _____



А.Ю. Орлова

Профессиональный союз работников здравоохранения _____



Е.В. Чугуева

Профессиональная некоммерческая ассоциация _____



С.А. Скрипкин

Перечень приложений

к тарифному соглашению системы обязательного медицинского страхования Красноярского края на 2019 год

Приложение 1 (2.1). Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц 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). Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), не имеющих 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). Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), являющихся медицинскими организациями-исполнителями диагностических исследований, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

Приложение 4 (2.1). Пакет услуг, оплачиваемых по подушевому нормативу финансирования.

Приложение 5 (2.1, 2.4). Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций.

Приложение 6 (2.2). Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

Приложение 7 (2.2). Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара.

Приложение 8 (2.3). Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи.

Приложение 9 (2.3). Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за вызов.

Приложение 10 (2.4). Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), 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). Организация обеспечения лекарственными препаратами, расходными материалами, медикаментами, изделиями медицинского назначения, лабораторной диагностики, средствами дезинфекции.

Приложение 12 (3.1). Порядок использования средств обязательного медицинского страхования.

Приложение 13 (3.1). Коэффициенты дифференциации тарифов для муниципальных образований Красноярского края.

Приложение 14 (3.2). Тарифы на диагностические услуги, предоставляемые исполнителями по направлениям медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Приложение 15 (3.2). Тарифы на телемедицинские услуги.

Приложение 16 (3.2). Тарифы на услуги диализа.

Приложение 17 (3.2). Коэффициенты относительной затроемкости к базовому тарифу для оплаты диализа, среднее значение доли заработной платы в услуге диализа по данным учета фактических затрат.

Приложение 18 (3.2). Значения коэффициентов дифференциации подушевого норматива, и дифференцированных подушевых нормативов финансирования в амбулаторных условиях, определенных для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций.

Приложение 19 (3.3) Коэффициенты дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций в амбулаторных условиях при оплате медицинской помощи за единицу объема – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

- 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 клинико-статистических групп в стационарных условиях.
- Приложение 27 (3.4). Перечень групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп 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). Перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях.
- Приложение 35 (3.4). Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи.
- Приложение 36 (3.4). Коэффициенты сложности лечения пациента.
- Приложение 37 (3.4). Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи.
- Приложение 38 (3.5). Значения коэффициентов дифференциации подушевого норматива и дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи.
- Приложение 39 (3.6). Значения коэффициентов дифференциации подушевого норматива, и дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, определенных для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций.
- Приложение 40 (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.
- Приложение 41 (2). Объемы и финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы ОМС на 2019 год.
- Приложение 42. Порядок прикрепления застрахованных лиц к медицинским организациям, осуществляющим деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Красноярского края.
- Приложение 43. Порядок идентификации застрахованного лица.
- Приложение 44. Порядок информационного обмена в системе обязательного медицинского страхования Красноярского края.