

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ №1
К ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ
НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В
СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2022 ГОД

г. Астрахань

« 28 » февраля 2022 г.

Настоящее Дополнение к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в Астраханской области на 2022 год (далее - Тарифное соглашение) разработано и заключено в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в целях предоставления гражданам в Астраханской области равных условий в получении бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Астраханской области (далее - ТП ОМС) и включает разделы, предусмотренные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

Участники соглашения:

1. Министерство здравоохранения Астраханской области в лице министра здравоохранения Астраханской области - председателя заседания - А.В. Буркина
2. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Астраханской области в лице и.о. директора - С.К. Нахушева
3. Астраханский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» в лице директора, действующего на основании Положения об Астраханском филиале ОАО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» и доверенности от 01.08.2021 №Д-481/2021 - секретаря заседания Т.Ю. Шабалиной
4. Региональная общественная организация «Врачебная палата Астраханской области» в лице председателя - В.В. Думченко
5. Астраханская областная организация профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации, в лице председателя - Е.В.Свекольниковой

В целях реализации приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н внесено на рассмотрение участников Тарифного соглашения:

1. Изменения в разделы Тарифного соглашения:

1.1. Утверждение абзаца 4 п.п. 1.2.3. пункта 1.2. раздела 1 «Общие положения» Тарифного соглашения в новой редакции « - методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования №11-7/И/2-1619 и №00-10-26-2-06/750 от 02.02.2022) (далее - Методические рекомендации).»

Действие изменения необходимо распространить на отношения, возникшие с 01.01.2022.

Решение:

1.1. Утвердить абзац 4 п.п. 1.2.3. пункта 1.2. раздела 1 «Общие положения» Тарифного соглашения в новой редакции: « - методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования №11-7/И/2-1619 и №00-10-26-2-06/750 от 02.02.2022) (далее - Методические рекомендации).»

Действие изменения необходимо распространить на отношения, возникшие с 01.01.2022.

Проголосовало:	«ЗА»	<u>5</u> чел.
	«ПРОТИВ»	<u>—</u> чел.
	«ВОЗДЕРЖАЛИСЬ»	<u>—</u> чел.

1.2. Исключение в абзаце 4 п.п. 1.3.5. пункта 1.3. раздела 1 «Общие положения» слов следующего содержания: «иные климатические и географические особенности территории обслуживания населения, включая».

Действие изменения необходимо распространить на отношения, возникшие с 01.01.2022.

Решение:

1.2. Исключить в абзаце 4 п.п. 1.3.5. пункта 1.3. раздела 1 «Общие положения» слова следующего содержания: «иные климатические и географические особенности территории обслуживания населения, включая».

Действие изменения необходимо распространить на отношения, возникшие с 01.01.2022.

Проголосовало:	«ЗА»	<u>6</u> чел.
	«ПРОТИВ»	<u>—</u> чел.
	«ВОЗДЕРЖАЛИСЬ»	<u>—</u> чел.

1.3. Дополнение п.п. 2.1.1. пункта 2.1. раздела 2. «Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Астраханской области» абзацем следующего содержания: «Сумма подушевого финансирования ($\Sigma_{\text{пнфмбт}}$) МО за счет средств межбюджетных трансфертов, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства РФ, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, оказываемой в АПП, на дополнительное финансовое обеспечение оказания первичной медико-санитарной помощи лицам, застрахованным по ОМС, в том числе с заболеванием и (или) подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) и рассчитывается на месяц по формуле, установленной Приложением №41 настоящего Тарифного соглашения».

Действие изменения необходимо распространить на отношения, возникшие с 01.02.2022 по 28.02.2022.

Решение:

1.3. Дополнить п.п. 2.1.1. пункта 2.1. раздела 2. «Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Астраханской области» абзацем следующего содержания: «Сумма подушевого финансирования ($\Sigma_{\text{пнфмбт}}$) МО за счет средств межбюджетных трансфертов, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства РФ, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, оказываемой в АПП, на дополнительное финансовое обеспечение оказания первичной медико-санитарной помощи лицам, застрахованным по ОМС, в том числе с заболеванием и (или) подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) и рассчитывается на месяц по формуле, установленной Приложением №41 настоящего Тарифного соглашения».

Действие изменения необходимо распространить на отношения, возникшие с 01.02.2022 по 28.02.2022.

Проголосовало:	«ЗА»	<u>5</u> чел.
	«ПРОТИВ»	<u>—</u> чел.
	«ВОЗДЕРЖАЛИСЬ»	<u>—</u> чел.

1.4. Замена в абзаце 2 пункта 3.1. раздела 3 «Тарифы на оплату медицинской помощи» слов «(в размере 5 процентов от среднего подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц) в значении – 1849,83 рублей;» на слова «(в размере 5 процентов от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц) в значении – 1 900,28 рублей;».

Действие изменения необходимо распространить на отношения, возникшие с 01.01.2022.

Решение:

1.4. Заменить в абзаце 2 пункта 3.1. раздела 3 «Тарифы на оплату медицинской помощи» слова «(в размере 5 процентов от среднего подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц) в значении – 1849,83 рублей;» на слова «(в размере 5 процентов от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц) в значении – 1 900,28 рублей;».

Действие изменения необходимо распространить на отношения, возникшие с 01.01.2022.

Проголосовало:	«ЗА»	<u>5</u> чел.
	«ПРОТИВ»	<u>—</u> чел.
	«ВОЗДЕРЖАЛИСЬ»	<u>—</u> чел.

1.5. Дополнение пункта 3.3. раздела 3. «Тарифы на оплату медицинской помощи» после абзаца 7 абзацем следующего содержания: «Перечень КСГ, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации», согласно Приложению №34.1;».

Действие изменения необходимо распространить на отношения, возникшие с 01.01.2022.

Решение:

1.5. Дополнить пункт 3.3. раздела 3. «Тарифы на оплату медицинской помощи» после абзаца 7 абзацем следующего содержания: «Перечень КСГ, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации», согласно Приложению №34.1;».

Действие изменения необходимо распространить на отношения, возникшие с 01.01.2022.

Проголосовало:	«ЗА»	<u>5</u>	чел.
	«ПРОТИВ»	<u>—</u>	чел.
	«ВОЗДЕРЖАЛИСЬ»	<u>—</u>	чел.

1.6. Исключение в п.п. 2.1.2. пункта 2.1. раздела 2 «Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Астраханской области» слова: «-диализа;».

Действие изменения необходимо распространить на отношения, возникшие с 01.01.2022.

Решение:

1.6. Исключить в п.п. 2.1.2. пункта 2.1. раздела 2 «Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Астраханской области» слово: «-диализа;».

Действие изменения необходимо распространить на отношения, возникшие с 01.01.2022.

Проголосовало:	«ЗА»	<u>5</u>	чел.
	«ПРОТИВ»	<u>—</u>	чел.
	«ВОЗДЕРЖАЛИСЬ»	<u>—</u>	чел.

1.7. Изложение п.п. 2.2.1., 2.2.2., 2.2.3. п. 2.2. раздела 2 «Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Астраханской области» в новой редакции:

«2.2.1. за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний);

2.2.2. за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из

медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний;

2.2.3. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее представлен в Приложении № 37;».

Действие изменения необходимо распространить на отношения, возникшие с 01.01.2022.

Решение:

1.7. Изложить п.п. 2.2.1., 2.2.2., 2.2.3. п. 2.2. раздела 2 «Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Астраханской области» в новой редакции:

«2.2.1. за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний);

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

2.2.3. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее представлен в Приложении № 37;».

Действие изменения необходимо распространить на отношения, возникшие с 01.01.2022.

Проголосовало:	«ЗА»	<u>5</u>	чел.
	«ПРОТИВ»	<u>—</u>	чел.
	«ВОЗДЕРЖАЛИСЬ»	<u>—</u>	чел.

1.8. Изложение п.п. 2.3.1., 2.3.2., 2.3.3. п. 2.3. раздела 2 «Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Астраханской области» в новой редакции:

«2.3.1. за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

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

2.3.3. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее представлен в Приложении № 37;».

Действие изменения необходимо распространить на отношения, возникшие с 01.01.2022.

Решение:

1.8. Изложить п.п. 2.3.1., 2.3.2., 2.3.3. п. 2.3. раздела 2 «Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Астраханской области» в новой редакции:

«2.3.1. за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

2.3.2. за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением

лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний;

2.3.3. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее представлен в Приложении № 37;».

Действие изменения необходимо распространить на отношения, возникшие с 01.01.2022.

Проголосовало:	«ЗА»	<u>5</u>	чел.
	«ПРОТИВ»	<u>—</u>	чел.
	«ВОЗДЕРЖАЛИСЬ»	<u>—</u>	чел.

2. Изменения в приложения к Тарифному соглашению, изложение в новой редакции следующих приложений:

2.1.. Приложения №11 «Коэффициенты для расчета дифференцированных нормативов финансирования на прикрепившихся лиц для оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях» к Тарифному соглашению согласно приложению №1 к Дополнительному соглашению №1;

2.2. Приложения №13 «Фельдшерские, фельдшерско - акушерские пункты, соответствующие требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи» к Тарифному соглашению согласно приложению №2 к Дополнительному соглашению №1;

2.3. Приложения №14 «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки (включая целевые значения), а также размеры и порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей» к Тарифному соглашению согласно приложению №3 к Дополнительному соглашению №1;

2.4. Приложения №16 «Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях» к Тарифному соглашению согласно приложению №4 к Дополнительному соглашению №1;

2.5. Приложения №20 «Тарифы и коэффициенты на оплату медицинской

помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения (I этап)» к Тарифному соглашению согласно приложению №5 к Дополнительному соглашению №1;

2.6. Приложения №21 «Тарифы медицинских услуг на оплату проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (I этап)» к Тарифному соглашению согласно приложению №6 к Дополнительному соглашению №1;

2.7. Приложения №22 «Тарифы медицинских услуг на оплату проведения профилактических медицинских осмотров определенных групп взрослого населения» к Тарифному соглашению согласно приложению №7 к Дополнительному соглашению №1;

2.8. Приложения №23 «Тарифы медицинских услуг на оплату проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (II этап)» к Тарифному соглашению согласно приложению №8 к Дополнительному соглашению №1;

2.9. Приложения №24 «Тарифы и коэффициенты на оплату проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения» к Тарифному соглашению согласно приложению №9 к Дополнительному соглашению №1;

2.10. Приложения №25 «Тарифы и коэффициенты на оплату проведения 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 (I этап)» к Тарифному соглашению согласно приложению №10 к Дополнительному соглашению №1;

2.11. Приложения №26 «Тарифы и коэффициенты на оплату проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (I этап)» к Тарифному соглашению согласно приложению №11 к Дополнительному соглашению №1;

2.12. Приложения №29 «Тарифы на оплату посещений с помощью телемедицинских технологий» к Тарифному соглашению согласно приложению №12 к Дополнительному соглашению №1;

2.13. Приложения №37 «Порядок оплаты прерванных случаев лечения в круглосуточном стационаре и в дневных стационарах всех типов» к Тарифному соглашению согласно приложению №13 к Дополнительному соглашению №1;

2.14. Приложения №40 «Подушевой норматив финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи» к Тарифному соглашению согласно приложению №14 к Дополнительному соглашению №1;

2.15. Приложения №41 «Порядок расчета стоимости страхового случая» к Тарифному соглашению согласно приложению №15 к Дополнительному соглашению №1;

2.16. Приложения №42 «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской

организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» к Тарифному соглашению согласно приложению №16 к Дополнительному соглашению №1.

Действие изменений распространить на отношения, возникшие с 01.01.2022, кроме Приложения №16 «Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях» к Тарифному соглашению согласно приложению № 4 к Дополнительному соглашению № 1 в части расходования средств межбюджетных трансфертов. Приложение №16 «Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях» к Тарифному соглашению согласно приложению №4 к Дополнительному соглашению № 1 в части расходования средств межбюджетных трансфертов распространить на отношения, возникшие с 01.02.2022. по 28.02.2022.

Решение:

2. Изложить в новой редакции следующие Приложения:

2.1. Приложение №11 «Коэффициенты для расчета дифференцированных нормативов финансирования на прикрепившихся лиц для оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях» к Тарифному соглашению согласно приложению №1 к Дополнительному соглашению №1;

2.2. Приложение №13 «Фельдшерские, фельдшерско - акушерские пункты, соответствующие требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи» к Тарифному соглашению согласно приложению №2 к Дополнительному соглашению №1;

2.3. Приложение №14 «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки (включая целевые значения), а также размеры и порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей» к Тарифному соглашению согласно приложению №3 к Дополнительному соглашению № 1;

2.4. Приложение №16 «Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях» к Тарифному соглашению согласно приложению № 4 к Дополнительному соглашению №1;

2.5. Приложение №20 «Тарифы и коэффициенты на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения (I этап)» к Тарифному соглашению согласно приложению №5 к Дополнительному соглашению №1;

2.6. Приложение №21 «Тарифы медицинских услуг на оплату проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (I этап)» к Тарифному соглашению согласно приложению №6 к Дополнительному соглашению № 1;

2.7. Приложение №22 «Тарифы медицинских услуг на оплату проведения профилактических медицинских осмотров определенных групп взрослого населения» к Тарифному соглашению согласно приложению №7 к Дополнительному соглашению №1;

2.8. Приложение №23 «Тарифы медицинских услуг на оплату проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (II этап)» к Тарифному соглашению согласно приложению №8 к Дополнительному соглашению №1;

2.9. Приложение №24 «Тарифы и коэффициенты на оплату проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения» к Тарифному соглашению согласно приложению №9 к Дополнительному соглашению №1;

2.10. Приложение №25 «Тарифы и коэффициенты на оплату проведения 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 (I этап)» к Тарифному соглашению согласно приложению №10 к Дополнительному соглашению №1;

2.11. Приложение №26 «Тарифы и коэффициенты на оплату проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (I этап)» к Тарифному соглашению согласно приложению №11 к Дополнительному соглашению №1;

2.12. Приложение №29 «Тарифы на оплату посещений с помощью телемедицинских технологий» к Тарифному соглашению согласно приложению №12 к Дополнительному соглашению №1;

2.13. Приложение №37 «Порядок оплаты прерванных случаев лечения в круглосуточном стационаре и в дневных стационарах всех типов» к Тарифному соглашению согласно приложению №13 к Дополнительному соглашению №1;

2.14. Приложение №40 «Подушевой норматив финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи» к Тарифному соглашению согласно приложению №14 к Дополнительному соглашению №1;

2.15. Приложение №41 «Порядок расчета стоимости страхового случая» к Тарифному соглашению согласно приложению №15 к Дополнительному соглашению №1;

2.16. Приложение №42 «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» к Тарифному соглашению согласно приложению №16 к Дополнительному соглашению №1.

Действие изменений распространить на отношения, возникшие с 01.01.2022, кроме Приложения №16 «Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях» к Тарифному соглашению

согласно приложению № 4 к Дополнительному соглашению № 1 в части расходования средств межбюджетных трансфертов. Приложение №16 «Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях» к Тарифному соглашению согласно приложению №4 к Дополнительному соглашению № 1 в части расходования средств межбюджетных трансфертов распространить на отношения, возникшие с 01.02.2022. по 28.02.2022.

Проголосовало: «ЗА»	<u>5</u>	чел.
«ПРОТИВ»	<u>-</u>	чел.
«ВОЗДЕРЖАЛИСЬ»	<u>-</u>	чел.

3. Дополнение Приложения №34.1 «Перечень КСГ, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации» к Тарифному соглашению согласно приложению №17 к Дополнительному соглашению №1.

Действие изменения необходимо распространить на отношения, возникшие с 01.01.2022.

Решение:

3. Дополнить Приложение №34.1 «Перечень КСГ, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации» к Тарифному соглашению согласно приложению №17 к Дополнительному соглашению №1.

Действие изменения необходимо распространить на отношения, возникшие с 01.01.2022.

Проголосовало: «ЗА»	<u>5</u>	чел.
«ПРОТИВ»	<u>-</u>	чел.
«ВОЗДЕРЖАЛИСЬ»	<u>-</u>	чел.

ТФОМС АО довести Дополнительное соглашение №1 к Тарифному соглашению до страховой медицинской организации и медицинских организаций.

1. от министерства здравоохранения Астраханской области, министр здравоохранения Астраханской области - председатель заседания -
2. от ТФОМС Астраханской области, и.о. директора -
3. от Астраханского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», директор - секретарь заседания -

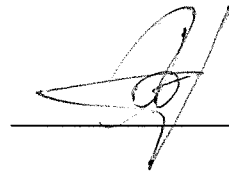


А.В. Буркин

С.К. Нахушев

Т.Ю. Шабалина

4. от региональной общественной
организации «Врачебная палата
Астраханской области», председатель -
5. от Астраханской областной
организации профессионального союза
работников здравоохранения Российской
Федерации, председатель -



В.В. Думченко



Е.В.Свекольникова

Дополнительное соглашение №1 к Тарифному соглашению на 13
листах с Приложениями №№ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17.

Коэффициенты для расчета дифференцированных нормативов финансирования на прикрепившихся лиц для оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях

№	Наименование	Коэффициенты специфики, учитывающие:				Группа медицинских организаций	Коэффициент уровня медицинской организации (КУм)
		уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, плотность населения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения (КСаб)	наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала (КДот)	численность от 0-20 и от 20 - 50 (в тыс.)	КДот	проведение медицинской организацией профилактического медицинского осмотра и диспансеризации прикрепленных лиц (КС проф)	
	1	2	3	4	5	6	7
1	ПОЛИКЛИНИКА (АСТРАХАНСКАЯ ОБЛ., Г. ЗНАМЕНСК) ФГБУ "413 ВГ" МИНОБОРОНЫ РОССИИ	0,8720	-	1,0000	1,6093	1	0,6500
2	ГБУЗ АО "НАРИМАНОВСКАЯ РБ"	1,3633	20-50	1,0400	1,8274	2	0,8000
3	ГБУЗ АО "ЧЕРНОЯРСКАЯ РБ"	1,4339	0-20	1,1150	1,6761		
4	АКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА РОССИИ	1,1493	-	1,0000	1,6407		
5	ГБУЗ АО "ИКРЯНИНСКАЯ РБ"	1,1550	20-50	1,0400	1,7041		
6	ГБУЗ АО "ГП № 2"	1,1682	-	1,0000	1,5197	3	0,9000
7	ГБУЗ АО "ГП № 3"	1,0599	-	1,0000	1,5869		
8	ГБУЗ АО "ПРИВОЛЖСКАЯ РБ"	1,1657	20-50	1,0400	1,5925		
9	ГБУЗ АО "ВОЛОДАРСКАЯ РБ"	1,2546	20-50	1,0400	1,6166		
10	ГБУЗ АО "КАМЫЗЯКСКАЯ РБ"	1,2377	20-50	1,0400	1,6050		
11	ГБУЗ АО "КРАСНОЯРСКАЯ РБ"	1,5498	20-50	1,0400	1,5367		
12	ГБУЗ АО "ХАРАБАЛИНСКАЯ РБ ИМ. Г.В. ХРАПОВОЙ"	1,3594	20-50	1,0400	1,5752	4	1,0000
13	ГБУЗ АО "ЕНОТАЕВСКАЯ РБ"	1,4524	20-50	1,0400	1,4212		
14	ГБУЗ АО "ЛИМАНСКАЯ РБ"	1,3563	20-50	1,0400	1,5224		
15	ГБУЗ АО "ГБ ЗАТО ЗНАМЕНСК"	1,2080	20-50	1,0400	1,3967		
16	ГБУЗ АО "ГП № 1"	0,9539	-	1,0000	1,4499	5	1,0500
17	ГБУЗ АО "ГП № 10"	1,1563	-	1,0000	1,5680		
18	ЧУЗ "МСЧ"	0,7884	-	1,0000	1,5843		
19	ЧУЗ "КБ "РЖД-МЕДИЦИНА" Г. АСТРАХАНЬ	0,9970	20-50	1,0542	1,5377		
20	ФКУЗ "МСЧ МВД РОССИИ ПО АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ"	0,9391	-	1,0000	1,4598		
21	ГБУЗ АО "АХТУБИНСКАЯ РБ"	1,2595	20-50	1,0400	1,4858	6	1,1000
22	ГБУЗ АО "ГП № 5"	1,0097	-	1,0000	1,4401		
23	ГБУЗ АО "ГП № 8"	0,9235	-	1,0000	1,4391		
24	ГБУЗ АО "ДГП № 1"	1,8836	-	1,0000	1,4610	7	1,6000
25	ГБУЗ АО "ДГП № 3"	1,9312	-	1,0000	1,4571		
26	ГБУЗ АО "ДГП № 4"	1,9247	-	1,0000	1,4739		
27	ГБУЗ АО "ДГП № 5"	1,8730	-	1,0000	1,4710		

Фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты, соответствующие требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи

Фельдшерские пункты, соответствующие требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи			Соответствие требованиям приказа МЗ РФ от 15.05.2012 №543н "Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению"	ИТОГО				СТОИМОСТЬ, руб			
				обслуживающих от 100 до 900 жителей	обслуживающих от 900 до 1500 жителей	обслуживающих от 1500 до 2000 жителей	Итого ФАПов	обслуживающих от 100 до 900 жителей	обслуживающих от 900 до 1500 жителей	обслуживающих от 1500 до 2000 жителей	Итого ФАПов
Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций				1 087 700,00	1 723 100,00	1 934 900,00					
№		Всего		67	26	2	95	72 875 900,00	44 800 600,00	3 869 800,00	121 546 300,00
		Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Ахтубинская районная больница» (ГБУЗ АО «Ахтубинская РБ»)		7	3	0	10	7 613 900,00	5 169 300,00	0,00	12 783 200,00
1	30003325	п. Верблюжий	соответствует	1	0		1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
2	30003309	с. Батаевка	соответствует	1	0		1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
3	30003316	с. Пирчювка	соответствует	1	0		1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
4	30003308	с. Покровка	соответствует		1		1	0,00	1 723 100,00	0,00	1 723 100,00
5	30003307	с. Подозье Запавне	соответствует		1		1	0,00	1 723 100,00	0,00	1 723 100,00
6	30003314	с. Ново-Николаевка	соответствует		1		1	0,00	1 723 100,00	0,00	1 723 100,00
7	30003313	с. Сокрытовка	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
8	30003317	с. Удачное	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
9	30003310	с. Успенка (ул. Школьная, д.18 помещение 1)	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
10	30003311	с. Успенка (п. Микрорайон)	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
		Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Волжарская районная больница» (ГБУЗ АО «Волжарская РБ»)		10	3	0	13	10 877 000,00	5 169 300,00	0,00	16 046 300,00
1	30003831	п. Камардан	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
2	30003815	п. Костюбе	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
3	30003822	с. Алексеевка	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
4	30003816	с. Калиново	соответствует		1		1	0,00	1 723 100,00	0,00	1 723 100,00
5	30003817	с. Лебёвки	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
6	30003825	с. Маково	соответствует		1		1	0,00	1 723 100,00	0,00	1 723 100,00
7	30003818	с. Новокрасное	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
8	30003814	с. Новый Речной	соответствует		1		1	0,00	1 723 100,00	0,00	1 723 100,00
9	30003833	с. Тудугановка	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
10	30005819	с. Тюринь	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
11	30003813	п. Трубиный	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
12	30003827	с. Шатало-Кондаковка	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
13	30003830	с. Ямное	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
		Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Енотаевская районная больница» (ГБУЗ АО «Енотаевская РБ»)		6	1	0	7	6 526 200,00	1 723 100,00	0,00	8 249 300,00
1	30003911	с. Ветлянка	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
2	30003910	с. Владимировка	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
3	30003914	с. Гречи	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
4	30003916	с. Коска	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
5	30003912	с. Новострой	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
6	30003917	с. Серотавка	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
7	30005913	с. Ленино	соответствует		1		1	0,00	1 723 100,00	0,00	1 723 100,00
		Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Икрянинская районная больница» (ГБУЗ АО «Икрянинская РБ»)		11	0	1	12	11 964 700,00	0,00	1 934 900,00	13 899 600,00
1	30004018	п. Товарный	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
2	30004012	с. Алгаз	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
3	30004016	с. Бекетовка	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
4	30004019	с. Вахромеево	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
5	30004011	с. Восточное	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
6	30004030	с. Ильянка	соответствует			1	1	0,00	0,00	1 934 900,00	1 934 900,00
7	30004015	с. Озарное	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
8	30004017	с. Селитовое	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
9	30004031	с. Сергеевка	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
10	30004013	с. Сертис	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
11	30004025	с. Ново-Булгары	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
12	30004027	с. Ямное	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00

Фельдшерско-акушерские пункты, соответствующие требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи			Соответствие требованиям приказа МЗ РФ от 15.05.2012 №543н "Об утверждении положения об	ИТОГО				СТОИМОСТЬ, руб			
				обслуживающих от 100 до 900 жителей	обслуживающих от 900 до 1500 жителей	обслуживающих от 1500 до 2000 жителей	Итого ФАПов	обслуживающих от 100 до 900 жителей	обслуживающих от 900 до 1500 жителей	обслуживающих от 1500 до 2000 жителей	Итого ФАПов
		Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Камызякская районная больница» (ГБУЗ АО «Камызякская РБ»)		10	6	0	16	10 877 000,00	10 338 600,00	0,00	21 215 600,00
1	30004132	с. Бараний Бугор	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
2	30004133	с. Бирючок	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
3	30004134	с. Грушево	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
4	30004119	с. Извучукский	соответствует		1		1	0,00	1 723 100,00	0,00	1 723 100,00
5	30004121	с. Караванное	соответствует		1		1	0,00	1 723 100,00	0,00	1 723 100,00
6	30004114	с. Лебяжье	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
7	30004128	с. Никольское	соответствует		1		1	0,00	1 723 100,00	0,00	1 723 100,00
8	30004130	с. Паригино	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
9	30004115	с. Подшеево	соответствует		1		1	0,00	1 723 100,00	0,00	1 723 100,00
10	30004111	с. Сташевский	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
11	30004145	с. Застежка	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
12	30004127	с. Трехизбица	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
13	30004110	с. Уваринский	соответствует		1		1	0,00	1 723 100,00	0,00	1 723 100,00
14	30004136	с. Чаган	соответствует		1		1	0,00	1 723 100,00	0,00	1 723 100,00
15	30004129	с. Чапаев	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
16	30004122	с.Хмельновка	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
		Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Красноводская районная больница» (ГБУЗ АО «Красноводская РБ»)		7	2	0	9	7 613 900,00	3 446 200,00	0,00	11 060 100,00
1	30004218	с. Алча	соответствует		1		1	0,00	1 723 100,00	0,00	1 723 100,00
2	30004217	с. Бакланье	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
3	30004212	с. Каратюк	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
4	30004214	с. Кривой Бузай	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
5	30004216	с. Малый Арал	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
6	30004224	п.Алдайский	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
7	30004209	п. Выпечный	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
8	30004215	с. Черемуха	соответствует		1		1	0,00	1 723 100,00	0,00	1 723 100,00
9	30004220	с. Ясып-Сокан	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
		Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Лиманская районная больница» (ГБУЗ АО «Лиманская РБ»)		4	2	0	6	4 350 800,00	3 446 200,00	0,00	7 797 000,00
1	30004315	с. Баси	соответствует		1		1	0,00	1 723 100,00	0,00	1 723 100,00
2	30004312	с. Воскресеновка	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
3	30004320	с. Михайловка	соответствует		1		1	0,00	1 723 100,00	0,00	1 723 100,00
4	30004326	с. Протопопово	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
5	30004316	с. Рынок	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
6	30004319	с. Яр-Катар	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
		Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Наримановская районная больница» (ГБУЗ АО «Наримановская РБ»)		2	3	1	6	2 175 400,00	5 169 300,00	1 934 900,00	9 279 600,00
1	30004413	п. Мирный	соответствует		1		1	0,00	1 723 100,00	0,00	1 723 100,00
2	30004406	с. Биштовбица	соответствует		1		1	0,00	1 723 100,00	0,00	1 723 100,00
3	30004420	с. Новокучергановка	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
4	30004421	с. Рассвет	соответствует			1	1	0,00	0,00	1 934 900,00	1 934 900,00
5	30004422	с. Тулгановка	соответствует		1		1	0,00	1 723 100,00	0,00	1 723 100,00
6	30004412	с. Верхнедубовое	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
		Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Приволжская районная больница» (ГБУЗ АО «Приволжская РБ»)		5	2	0	7	5 438 500,00	3 446 200,00	0,00	8 884 700,00
1	30004614	п. Ассадулесово	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
2	30004615	п. Партошкин	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
3	30004616	п. Начало	соответствует		1		1	0,00	1 723 100,00	0,00	1 723 100,00
4	30004617	п. Ямашут	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
5	30004618	с. Водновка	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
6	30004621	п. Стеклозавод	соответствует		1		1	0,00	1 723 100,00	0,00	1 723 100,00
7	30004620	п. Веселая Грива	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
		Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Харабалинская районная больница» (ГБУЗ АО «Харабалинская РБ им. Г.В. Хранивой»)»		1	1	0	2	1 087 700,00	1 723 100,00	0,00	2 810 800,00
1	30004710	с. Речное	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
2	30004703	с. Михайловка	соответствует		1		1	0,00	1 723 100,00	0,00	1 723 100,00
		Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Черновская районная больница» (ГБУЗ АО «Черновская РБ»)		2	3	0	5	2 175 400,00	5 169 300,00	0,00	7 344 700,00
1	30004909	с. Поды	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
2	30004905	с. Камешовский	соответствует		1		1	0,00	1 723 100,00	0,00	1 723 100,00
3	30004910	с. Ветювка	соответствует		1		1	0,00	1 723 100,00	0,00	1 723 100,00
4	30004908	с. Студино	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
5	30004906	с. Зубовка	соответствует		1		1	0,00	1 723 100,00	0,00	1 723 100,00

Фельдшерско-акушерские пункты, соответствующие требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи			Соответствие требованиям приказа МЗ РФ от 15.05.2012 №543н "Об утверждении положения об	ИТОГО				СТОИМОСТЬ, руб			
				обслуживающих от 100 до 900 жителей	обслуживающих от 900 до 1500 жителей	обслуживающих от 1500 до 2000 жителей	Итого ФАПов	обслуживающих от 100 до 900 жителей	обслуживающих от 900 до 1500 жителей	обслуживающих от 1500 до 2000 жителей	Итого ФАПов
		Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области (ГБУЗ АО «ГБЗАО Знаменск»)		1	0	0	1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
1	30005006	Садовое	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
		ЧУЗ "КБ "РЖД-МЕДИЦИНА" Г. АСТРАХАНЬ"		1	0	0	1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00
1	30005604	п. Средний Баскунчак	соответствует	1			1	1 087 700,00	0,00	0,00	1 087 700,00

Примечание: расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

Приложение № 3
к Дополнительному
соглашению № 1

Приложение № 14
к Тарифному соглашению
от «31» января 2022 г.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки (включая целевые значения), а также размеры и порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей (далее - Порядок)

I. Общие положения

Оценка показателей результативности деятельности медицинской организации осуществляется:

- при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетических исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи) (далее - ПНФ АПП). Перечень медицинских организаций, реализующих данный способ оплаты утвержден Приложением №2 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях, с указанием способа оплаты и уровня оказания медицинской помощи» настоящего Соглашения;

- при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской

организацией медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) (далее - по ПНФ по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи). При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов). Перечень медицинских организаций, реализующих данный способ оплаты утвержден Приложением №10 «Перечень медицинских организаций с указанием способа оплаты и уровня оказания медицинской помощи» настоящего Соглашения.

II. Размеры и порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение показателей результативности

Оценка результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, с целью осуществления выплат стимулирующего характера осуществляется по итогам 1-го полугодия и по итогам периода с 1-го июля по 30-е ноября года по перечню групп медицинских организаций с указанием показателей результативности, применяемых для указанных групп медицинских организаций, утвержденных Таблицей 1 Порядка, с учетом порядка расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций, утвержденных Таблицей 2 Порядка. Результаты мониторинга и оценки достижения целевых значений показателей результативности деятельности медицинских организаций оформляются решением Комиссии по разработке ТП ОМС (далее- Комиссия), которое доводится до сведения медицинских организаций не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

Объем средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими целевых показателей результативности деятельности ($ОС_{РД}$), составляет 99 748 901,66 или 5% от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, в том числе, сформированных за счет способов оплаты:

-ПНФ АПП-95 478 942,44 руб.

-ПНФ по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи-4 269 959,22 руб.

Сумма распределяемых средств по итогам первого полугодия составляет 49 874 450,83 руб., в том числе в части реализации способа оплаты по ПНФ АПП - 47 739 471,22, по ПНФ по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи- 2 134 979,61 руб., по итогам периода с 1-го июля по 30-е ноября года - 49 874 450,83 руб., в том числе в части реализации способа оплаты по ПНФ АПП -

47 739 471,22, по ПНФ по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи- 2 134 979,61 руб.

Размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими целевых показателей результативности, утверждается Протоколом Комиссии (далее - Протокол). Направление средств, утвержденных Протоколом, производится страховой медицинской организацией в составе средств (с указанием суммы средств), направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования.

Коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами, заключаемыми в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права и регулируемыми системы оплаты труда в медицинских организациях, в том числе системы доплат и надбавок стимулирующего характера и системы премирования, необходимо предусмотреть стимулирующие выплаты медицинским работникам за достижение аналогичных показателей.

Результаты мониторинга достижения значений показателей результативности деятельности медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, рассматриваются Комиссией по результатам квартала в рамках заседания.

III. Показатели результативности деятельности медицинских организаций

Таблицей 1 Порядка утверждены группы медицинских организаций, включающие перечень медицинских организаций с указанием показателей результативности, применяемых для указанных групп.

Таблицей 2 Порядка утверждены показатели результативности деятельности медицинских организаций и порядок расчета показателей для групп медицинских организаций.

IV. Последовательность расчета размера средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими целевых показателей результативности

-в части реализации способа оплаты по ПНФ АПП:

1) Каждый показатель, включенный в блок (Таблица 2 Порядка), оценивается в баллах, которые суммируются. Максимально возможная сумма баллов по каждому блоку составляет:

- 25 баллов для показателей блока 1;
- 10 баллов для показателей блока 2;
- 6 баллов для показателей блока 3.

В зависимости от результатов деятельности медицинской организации по каждому показателю определяется балл в диапазоне от 0 до 3 баллов.

С учетом фактического выполнения показателей, медицинские организации распределяются на три группы:

I – выполнившие до 50,00 процентов показателей,

II – от 50,01 до 70,00 процентов показателей,

III – от 70,01 процентов показателей.

2) Объем средств за соответствующий период, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности, складывается из двух частей:

первая часть –70 % , распределяются среди медицинских организаций II и III групп с учетом численности прикрепленного населения, по формуле:	вторая часть –30 % , распределяются среди медицинских организаций III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов, по формуле:
$ОС_{РД(нас)} = 0,7 \times ОС_{РД} / \Sigma \text{ Числ}$, где: - $ОС_{РД(нас)}$ -объем средств, используемый при распределении 70 % от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 прикрепленное лицо,рублей; - $ОС_{РД}$ - совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей; - $\Sigma \text{ Числ}$- численность прикрепленного населения в j-м периоде ко всем медицинским организациям II и III групп, где: - Числ_i^j – средняя численность за период конкретной медицинской организации, полученная путем деления суммы численности прикрепленного населения к i-й медицинской организации на 1 число каждого месяца периода на количества месяцев периода.	$ОС_{РД(балл)} = 0,3 \times ОС_{РД} / \Sigma \text{ Балл}$, где: - $ОС_{РД(балл)}$ -объем средств, используемый при распределении 30 % от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 балл, рублей; - $ОС_{РД}$ - совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей; - $\Sigma \text{ Балл}$- количество баллов, набранных в j периоде всеми медицинскими организациями III группы. Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию III группы за j-тый период $(ОС_{РД(балл)})^i_j$, рассчитывается по формуле: $ОС_{РД(балл)}^i_j = ОС_{РД(балл)} * \text{Балл}_i^j$, где: Балл_i^j- количество баллов, набранных в j-м периоде всеми медицинскими организациями III группы.

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

Осуществление выплат стимулирующего характера в полном объеме медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, производится при условии фактического выполнения не менее 90,00 % установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно). В случае

выполнения медицинской организацией менее 90,00% указанного объема медицинской помощи, применяются понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат в зависимости от процента выполнения объемов медицинской помощи.

По решению Комиссии принимая во внимание Распоряжение Министерства здравоохранения Астраханской области от 30.03.2020 №273р «О временном порядке организации работы медицинских организаций Астраханской области в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)" расчёт показателей может быть скорректирован.

-в части реализации способа оплаты по ПНФ по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи:

При условии фактического выполнения не менее 90,00 % установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи в неотложной форме (посещений) объем средств за соответствующий период, направляемый в медицинские организации, распределяется по формуле:

$$ОС_{\text{нмп}} = ОС_{\text{рд}} / \Sigma \text{Числ}, \text{ где:}$$

- $ОС_{\text{рд(нмп)}}$ - объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 прикрепленное лицо, рублей;
- $ОС_{\text{рд}}$ - объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;
- $\Sigma \text{Числ}$ - численность прикрепленного населения в j-м периоде к медицинским организациям, выполнившим не менее 90,00 % установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи в неотложной форме (посещений), где:
- Числ^i_j – средняя численность за период конкретной медицинской организации, полученная путем деления суммы численности прикрепленного населения к i-й медицинской организации на 1 число каждого месяца периода на количества месяцев периода

Объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности в медицинскую организацию определяется по формуле:

$$ОС^i_{\text{jрд}} = ОС_{\text{рд(нмп)}} * \text{Числ}^i_j.$$

Общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности в медицинскую организацию за j-тый период определяется путем суммирования средств, рассчитанных в части реализации способа оплаты по ПНФ АПП и средств, рассчитанных в части реализации способа оплаты по ПНФ по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи.

Группы медицинских организаций

1 группа (применяются показатели результативности Блока1. и Блока 3.)*	
№	Наименование МО
1	ГБУЗ АО "ГП №1"
2	ГБУЗ АО "ГП № 8"
3	ЧУЗ "МСЧ"
4	ФКУЗ "МСЧ МВД РОССИИ ПО АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ"
5	ПОЛИКЛИНИКА (АСТРАХАНСКАЯ ОБЛ.,Г.ЗНАМЕНСК) ФГБУ "413 ВГ" МИНОБОРОНЫ РОССИИ
2 группа (применяются показатели результативности Блока2. и Блока 3.)*	
№	Наименование МО
1	ГБУЗ АО "ДГП № 1"
2	ГБУЗ АО "ДГП № 3"
3	ГБУЗ АО "ДГП № 4"
4	ГБУЗ АО "ДГП № 5"
3 группа (применяются показатели результативности Блока1., Блока2. и Блока 3.)*	
№	Наименование МО
1	ГБУЗ АО "ГП № 2"
2	ГБУЗ АО "ГП №3"
3	ГБУЗ АО "ГП №5"
4	ГБУЗ АО "ГП №10"
5	ГБУЗ АО "АХТУБИНСКАЯ РБ"
6	ГБУЗ АО " ВОЛОДАРСКАЯ РБ"
7	ГБУЗ АО "ЕНОТАЕВСКАЯ РБ"
8	ГБУЗ АО " ИКРЯНИНСКАЯ РБ"
9	ГБУЗ АО "КАМЫЗЯКСКАЯ РБ"
10	ГБУЗ АО "КРАСНОЯРСКАЯ РБ"
11	ГБУЗ АО "ЛИМАНСКАЯ РБ"
12	ГБУЗ АО "НАРИМАНОВСКАЯ РБ"
13	ГБУЗ АО "ПРИВОЛЖСКАЯ РБ"
14	ГБУЗ АО "ХАРАБАЛИНСКАЯ РБ ИМ. Г.В. ХРАПОВОЙ"
15	ГБУЗ АО" ЧЕРНОЯРСКАЯ РБ"
16	ГБУЗ АО "ГБ ЗАТО ЗНАМЕНСК"
17	АКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА РОССИИ
18	ЧУЗ "КБ"РЖД-МЕДИЦИНА" Г.АСТРАХАНЬ

*

- Блок 1.- Взрослое население (в возрасте 18 лет и старше)
 Блок 2.- Детское население (от 0 до 17 лет включительно)
 Блок 3.- Оказание акушерско-гинекологической помощи

Порядок расчета значений показателей деятельности медицинских организаций

Подход к балльной оценке показателей результативности					Порядок расчета значений показателей результативности		
№	Перечень (наименование) показателей	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателей <1>	Макс. Балл <2>	Формула расчета <3>	Единицы измерения	Источник
Блок 1. Взрослое население (в возрасте 18 лет и старше)							
Оценка эффективности профилактических мероприятий							
1	Доля взрослых посещений с профилактической целью за период, от общего числа посещений за период (включая посещения на дому), выраженное в процентах;	Прирост показателя за период по отношению к предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл	1	$Prrof = \frac{Pris + Oz \cdot k}{Pris + Oz \cdot k} \times 100$ где: Prrof – доля взрослых посещений с профилактической целью за период, от общего числа посещений за период (включая посещения на дому), выраженное в процентах; Pris – число взрослых посещений с профилактической целью за период; Pris – посещений за период (включая посещения на дому); Oz – общее число обращений за отчетный период; k – коэффициент перевода обращений в посещения.	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам за исключением посещений стоматологического профиля. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: - дата окончания лечения; - дата посещения.
2	Доля взрослых пациентов с заболеваниями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с заболеваниями системы кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период;	Прирост показателя за период по отношению к предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 1 балл; Прирост ≥ 10 % - 2 балла	2	$Dbsk = \frac{BSK_{дисп}}{BSK_{вп}} \times 100.$ где: Dbsk – доли взрослых пациентов с заболеваниями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с заболеваниями системы кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период; BSK_{дисп} – число взрослых пациентов с заболеваниями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических осмотрах и диспансеризации за период; BSK_{вп} – общее число взрослых пациентов с заболеваниями системы кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период.	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: - дата окончания лечения; - диагноз основной; - впервые выявлено (основной); - характер заболевания - цель посещения; - дата рождения.

3	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл		$D_{\text{ЗНО}} = \frac{ZNO_{\text{дисп}}}{ZNO_{\text{ВП}}} \times 100,$ где: D_{ЗНО} – доля взрослых пациентов с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период; ZNO_{дисп} – число взрослых пациентов с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период; ZNO_{ВП} – общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период. Процент	Расчет показателя осуществляется путем отбора информации по полям реестра формата ДЗ «Баил» со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации и осмотрах на злокачественное новообразование. Движение пациента отслеживается по формату реестра Д4 «Баил» со сведениями при осуществлении персонализированного учета оказания медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования: - диагноз основной; - характер основного заболевания.
4	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл		$D_{\text{ХОБЛ}} = \frac{H_{\text{дисп}}}{H_{\text{ВП}}} \times 100,$ где: D_{ХОБЛ} – доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период; H_{дисп} – число взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период; H_{ВП} – общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период. Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: - дата окончания лечения; - диагноз основной; - впервые выявлено (основной); - характер заболевания; - цель посещения; - дата рождения.
5	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл		$D_{\text{СД}} = \frac{SD_{\text{дисп}}}{SD_{\text{ВП}}} \times 100,$ где: D_{СД} – доля взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период; SD_{дисп} – число взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период; SD_{ВП} – общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период. Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: - дата окончания лечения; - диагноз основной; - впервые выявлено (основной); - характер заболевания; - цель посещения; - дата рождения.

6	Выполнение плана вакцинации взрослых граждан по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19).	Достижение планового показателя	100 % плана или более	2	$V_{\text{эпид}} = \frac{F_{\text{эпид}}}{P_{\text{эпид}}} \times 100,$ где: $V_{\text{эпид}}$ – процент выполнения плана вакцинации взрослых граждан по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19); $F_{\text{эпид}}$ – фактическое число взрослых граждан, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19 в отчетном периоде; $P_{\text{эпид}}$ – число граждан, подлежащих вакцинации по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19)	Процент	Источником информации являются сведения органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, соответствующие с данными федерального регистра вакцинированных.
Оценка эффективности диспансерного наблюдения							
7	Доля взрослых пациентов с заболеваниями системы кровообращения <4>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с заболеваниями системы кровообращения <4>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 1 балл; Прирост ≥ 10 % - 2 балла	2	$DN_{\text{риск}} = \frac{R_{\text{дн}}}{R_{\text{вп}}} \times 100,$ где: $DN_{\text{риск}}$ – доля взрослых пациентов с заболеваниями системы кровообращения <4>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с заболеваниями системы кровообращения <4>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период; $R_{\text{дн}}$ – число взрослых пациентов с заболеваниями системы кровообращения <4>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением; $R_{\text{вп}}$ – общее число взрослых пациентов с заболеваниями системы кровообращения <4>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, обратившихся за медицинской помощью за период.	На 100 пациентов	Расчет показателя осуществляется путем отбора информации по полям реестра в формате Д1 «Файл» со сведениями об оказанной медицинской помощи за период, кроме ВМП, диспансеризации, профилактических осмотров, медицинской помощи при подозрении на ЗНО»; - дата окончания лечения; - результат обращения; - диагноз основной; - диагноз сопутствующего заболевания; - диагноз осложняющего заболевания; - диспансерное наблюдение.
8	Число взрослых пациентов с заболеваниями системы кровообращения <4>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в неотложной форме и (или) скорая медицинская помощь, от общего числа взрослых пациентов с заболеваниями системы кровообращения <4>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 5 % - 0 баллов; Уменьшение ≥ 5 % - 0,5 балла; Уменьшение ≥ 10 % - 1 балл	1	$Sp_{\text{риск}} = \frac{V_{\text{риск}}}{D_{\text{риск}}} \times 100,$ где: $Sp_{\text{риск}}$ – число взрослых пациентов с заболеваниями системы кровообращения <4>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в неотложной форме и (или) скорая медицинская помощь, от общего числа взрослых пациентов с заболеваниями системы кровообращения <4>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период; $V_{\text{риск}}$ – число взрослых пациентов с заболеваниями системы кровообращения <4>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в неотложной форме и (или) скорая медицинская помощь по повлечению системы кровообращения <4>, приводящих к высокому риску преждевременной смерти; $D_{\text{риск}}$ – общее число взрослых пациентов с заболеваниями системы кровообращения <4>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, обратившихся за медицинской помощью за период.	На 100 пациентов	Расчет показателя осуществляется путем отбора информации по полям реестра в формате Д1 «Файл» со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме ВМП, диспансеризации, профилактических осмотров, медицинской помощи при подозрении на ЗНО»; - дата окончания лечения; - результат обращения; - диагноз основной; - диагноз сопутствующего заболевания; - диагноз осложняющего заболевания; - диспансерное наблюдение; - условия оказания медицинской помощи; - форма оказания медицинской помощи.

9	Доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период.	Достижение планового показателя	100% план или более	1	$DN_{бск} = \frac{BSK_{дн}}{BSK_{вп}} \times 100,$ где: $DN_{бск}$ – доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период; $BSK_{дн}$ – число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период; $BSK_{вп}$ – общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период.	$DN_{бск} = \frac{BSK_{дн}}{BSK_{вп}} \times 100,$ Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: - дата постановки на диспансерный учет; - диагноз основной; - возраст пациента; - характер заболевания; - впервые выявлено (основной); - дата рождения. Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерном наблюдением (гл.15 Приказ 108н МЗ РФ)
10	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период.	Достижение планового показателя	100% план или более	1	$DN_{хобл} = \frac{H_{дн}}{H_{вп}} \times 100,$ где: $DN_{хобл}$ – доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период; $H_{дн}$ – число взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период; $H_{вп}$ – общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период.	$DN_{хобл} = \frac{H_{дн}}{H_{вп}} \times 100,$ Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: - дата постановки на диспансерный учет; - диагноз основной; - возраст пациента; - характер заболевания; - впервые выявлено (основной); - дата рождения. Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерном наблюдением (гл.15 Приказ 108н МЗ РФ)

11	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.	Достижение планового показателя	100% плана или более	2	$DN_{сд} = \frac{SD_{дн}}{SD_{вп}} \times 100,$ где: $DN_{сд}$ – доля взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период; $SD_{дн}$ – число взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период; $SD_{вп}$ – общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.	$DN_{сд} = \frac{SD_{дн}}{SD_{вп}} \times 100,$	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: - дата постановки на диспансерный учет; - диагноз основной; - возраст пациента; - характер заболевания; - впервые выявлено (основной); - дата рождения. Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерном наблюдением (гл.15 Приказ 108н МЗ РФ)
12	Доля взрослых пациентов, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 5 % - 0 баллов; Уменьшение ≥ 5 % - 0,5 балла; Уменьшение ≥ 10 % - 1 балл	1	$H_{всего} = \frac{O_{всего}}{D_{всего}} \times 100,$ где: $H_{всего}$ – доля взрослых пациентов, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период; $O_{всего}$ – число взрослых пациентов, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением; $D_{всего}$ – общее число взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период.	$H_{всего} = \frac{O_{всего}}{D_{всего}} \times 100,$	Процент	Источником информации является ресурс информационного фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерным наблюдением (гл.15 Приказ 108н МЗ РФ) Источником информации являются реестры (стационар), оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: - дата окончания лечения; - диагноз основной; - диагноз сопутствующий; - диагноз осложнений; - характер заболевания; - форма оказания медицинской помощи.

13	Доля взрослых пациентов, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых пациентов, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 5 % - 0 баллов; Уменьшение ≥ 5 % - 1 балл; Уменьшение ≥ 10 % - 2 балла	2	$P_{бск} = \frac{PH_{бск}}{H_{бск}} \times 100,$ где: P_{бск} – доля взрослых пациентов, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых пациентов, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений; PH_{бск} – число взрослых пациентов, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации; H_{бск} – общее число взрослых пациентов, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений.	Процент	Источником информации являются реестры (стационар), оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: - дата начала лечения; - диагноз основной; - диагноз сопутствующий; - характер заболевания; - форма оказания медицинской помощи
14	Доля взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 5 % - 0 баллов; Уменьшение ≥ 5 % - 0,5 балла; Уменьшение ≥ 10 % - 1 балл	1	$SD = \frac{O_{sd}}{SD} \times 100,$ где: SD – доля взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период; O_{sd} – число взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа); SD – общее число взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период.	Процент	Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерным наблюдением (ст.15 Приказ 108н МЗ РФ) Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: - дата окончания лечения; - диагноз основной; - диагноз сопутствующий - впервые выявлено (основной); - характер заболевания; - цель посещения.
Оценка смертности							
15	Смертность прикрепленного населения в возрасте от 30 до 69 лет за период <5>	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде (среднее значение коэффициента смертности за 2019, 2020, 2021 годы)	Увеличение показателя смертности или уменьшение < 2% – 0 баллов; Уменьшение от 2 до 5% - 1 балл; Уменьшение от 5 до 10% - 2 балла; Уменьшение ≥ 10 % - 3 балла	3	$D_{th\ 30-69} = \frac{D_{30-69}}{N_{CS\ 30-69}} \times 1000,$ где: D_{th 30-69} – смертность прикрепленного населения в возрасте от 30 до 69; D 30-69 – число умерших в возрасте от 30 до 69 лет из числа прикрепленного населения за период; N_{as 30-69} – численность прикрепленного населения в возрасте от 30 до 69 лет за период.	На 1000 прикрепленного населения	Источником информации является региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц (поля: дата рождения; дата смерти, прикрепление к медицинской организации)

16	Число умерших за период, находящихся под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 5 % - 0 баллов; Уменьшение ≥ 5 % - 1,5 балла; Уменьшение ≥ 10 % - 3 балла	3	$L = \frac{D}{DN} \times 100,$ где: L – число умерших за период, находящихся под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением; D – число умерших за период, находящихся под диспансерным наблюдением; DN – общее число взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период	На 100 пациентов	Источником информации является региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц (поля: ФИО, дата рождения; дата смерти; прикрепление к медицинской организации), номер полиса), информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерным наблюдением (гл.15 Приказа 108н МЗ РФ)
Блок 2. Детское население (от 0 до 17 лет включительно)							
Оценка эффективности профилактических мероприятий							
17	Охват вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок.	Достижение планового показателя	100 % плана или более	1	$V'_{\text{нац}} = \frac{F'_{\text{нац}}}{P'_{\text{нац}}} \times 100,$ где: V_{нац} – процент охвата вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок в отчетном периоде; F_{нац} – фактическое число вакцинированных детей в рамках Национального календаря прививок в отчетном периоде; P_{нац} – число детей соответствующего возраста (согласно Национальному календарю прививок) на начало отчетного периода.	Процент	Источником информации являются данные органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, предоставляемые на бумажных носителях.
18	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период.	Достижение планового показателя	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению	1	$Ddkms = \frac{Cdkms}{Cp kms} \times 100,$ где: Ddkms – доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период; Cdkms – число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период; Cp kms – общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период.	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: -дата рождения; -дата окончания лечения; -диагноз основной; -первое выявлено (основной); -характер заболевания; -цель посещения.
19	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период.	Достижение планового показателя	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению	1	$Ddgl = \frac{Cdgl}{Cp gl} \times 100,$ где: Ddgl – доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период; Cdgl – число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период; Cp gl – общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период.	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: -дата рождения; -дата окончания лечения; -диагноз основной; -первое выявлено (основной); -характер заболевания; -цель посещения.

20	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период.	Достижение планового показателя	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению	1	где: $D_{\text{вср}} = \frac{C_{d\text{вср}}}{C_{p\text{вср}}} \times 100$. $D_{\text{вср}}$ - доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период; $C_{d\text{вср}}$ - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период; $C_{p\text{вср}}$ - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период.	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:
					-дата рождения;		
					-дата окончания лечения;		
					-диагноз основной;		
					-первые выявлено (основной);		
					-характер заболевания;		
					-цель посещения.		
21	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней систем кровообращения за период от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней систем кровообращения за период.	Достижение планового показателя	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению	2	где: $D_{\text{дбск}} = \frac{C_{d\text{дбск}}}{C_{p\text{дбск}}} \times 100$. $D_{\text{дбск}}$ - доли детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней систем кровообращения за период от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней систем кровообращения за период; $C_{d\text{дбск}}$ - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней систем кровообращения за период; $C_{p\text{дбск}}$ - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней систем кровообращения за период.	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:
					-дата рождения;		
					-дата окончания лечения;		
					-диагноз основной;		
					-первые выявлено (основной);		
					-характер заболевания;		
					-цель посещения.		
22	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период.	Достижение планового показателя	100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению	1	где: $D_{\text{дбес}} = \frac{C_{d\text{дбес}}}{C_{p\text{дбес}}} \times 100$. $D_{\text{дбес}}$ - доли детей в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период; $C_{d\text{дбес}}$ - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период; $C_{p\text{дбес}}$ - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период.	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:
					-дата рождения;		
					-дата окончания лечения;		
					-диагноз основной;		
					-первые выявлено (основной);		
					-характер заболевания;		
					-цель посещения.		

Оценка смертности

Оценка смертности

23	Смертность детей в возрасте 0 – 17 лет за период.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Увеличение показателя смертности или уменьшение < 2% – 0 баллов; Уменьшение от 2 до 5% - 1 балл; Уменьшение от 5 до 10% - 2 балла; Уменьшение $\geq 10\%$ - 3 балла	3	$Dth\ 0 - 17 = \frac{D_{0-17}}{Nas\ 0-17} \times 100000$ где: Dth 0-17 – смертность детей в возрасте 0-17 лет за период в медицинских организациях, имеющих прикрепленное население; D 0-17 – число умерших детей в возрасте 0-17 лет включительно среди прикрепленного населения за период; Nas 0-17 – численность прикрепленного населения детей в возрасте 0-17 лет включительно за период.	На 100 тыс. прикрепленного детского населения	Источником информации являются региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц (поля: дата рождения; дата смерти; прикрепление к медицинской организации).
Блок 3. Оказание акушерско-гинекологической помощи							
Оценка эффективности профилактических мероприятий							
24	Доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5% - 0 баллов; Прирост $\geq 5\%$ - 0,5 балла; Прирост $\geq 10\%$ - 1 балл	1	$W = \frac{K_{ск}}{K} \times 100,$ где: W – доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период; Kотк – число женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности; K – общее число женщин, прошедших доабортное консультирование за период.	Процент	Источником информации являются данные органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, предоставляемые на бумажных носителях.
25	Доля беременных женщин, вакцинированных от коронавирусной инфекции (COVID-19), за период, от числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода.	Достижение планового показателя	100% плана или более	1	$V^{bcovid} = \frac{F^{bcovid}}{P^{bcovid}} \times 100,$ где: Vbcovid – доля беременных женщин, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19, за период, от числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода; Fbcovid – фактическое число беременных женщин, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19, за период; Pbcovid – число женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода.	Процент	Источником информации являются данные органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, предоставляемые на бумажных носителях (Rbcovid) и данные федерального регистра вакцинированных (Fbcovid).

26	Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл	$Z_{\text{шм}} = \frac{A_{\text{шм}}}{V_{\text{шм}}} \times 100,$ где: $Z_{\text{шм}}$ – доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период; $A_{\text{шм}}$ – число женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации; $V_{\text{шм}}$ – общее число женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период.	Процент	Расчет показателя производится путем отбора информации по полям реестра формата ДЗ «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации» предусматривает поле реестра: - признак подозрения на злокачественное новообразование; - В дальнейшем движение пациента возможно отследить по формату ДЗ «Файл со сведениями при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленным диагнозом злокачественного новообразования - диагноз основной, - характер основного заболевания
27	Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5 % - 0 баллов; Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла; Прирост ≥ 10 % - 1 балл	$Z_{\text{мж}} = \frac{A_{\text{мж}}}{V_{\text{мж}}} \times 100,$ где: $Z_{\text{мж}}$ – доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период; $A_{\text{мж}}$ – число женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации; $V_{\text{мж}}$ – общее число женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период.	Процент	Расчет осуществляется путем отбора информации по полям реестра формата ДЗ «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации» предусматривает поле реестра: - признак подозрения на злокачественное новообразование; - В дальнейшем движение пациента возможно отследить по формату ДЗ «Файл со сведениями при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленным диагнозом злокачественного новообразования - диагноз основной, - характер основного заболевания.

28	Доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период.	Достижение планового показателя	100 % плана или более	2	$B = \frac{S}{U} \times 100,$ где: B – доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период; S – число беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода при сроке беременности 11-14 недель (УЗИ) и определение материнских сыроворотных маркеров) и 19-21 недели (УЗИ), с роторазрешением за период; U – общее число женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период, с роторазрешением за период.	Процент	Источником информации являются данные органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, предоставляемые на бумажных носителях.
----	--	---------------------------------	-----------------------	---	---	---------	---

<1> выполненным считается показатель со значением 0,5 и более баллов

<2> по решению Комиссии рекомендуемые значения максимальных баллов и их количество могут быть пересмотрены для учреждений, которые оказывают помощь женщинам и детскому населению (отдельные юридические лица)

<3> в условиях распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методика расчета показателя может быть скорректирована на предмет исключения из расчета периода, когда деятельность медицинской организации (в части соответствующего направления деятельности) была приостановлена приказом руководителя медицинской организации за отчетный и предыдущий год соответственно путем пересчета к годовому значению

<4> по набору кодов Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10)

<5> оценивается изменение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде (среднее значение коэффициента смертности за 2019, 2020, 2021 годы)

К группам диагнозов, обуславливающих высокий риск смерти, целесообразно относить любые сочетание сопутствующих заболеваний и осложнений с основным диагнозом, указанных в таблице:

Основной диагноз	Сопутствующие заболевания	Осложнение заболевания
Ишемические болезни сердца (I20-I25)	Сахарный диабет (E10-E11)	Сердечная недостаточность (I50.0-I50.9)
Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (I10-I13)	Хроническая обструктивная легочная болезнь (J44.0-J44.9)	Фибрилляция и трепетание предсердий (I48)
Цереброваскулярные болезни (I60-I69)	Хроническая болезнь почек (N18.1-N18.9)	Другие нарушения сердечного ритма (I49)
		Предсердно-желудочковая (атриовентрикулярная) блокада и блокада левой ножки пучка Гиса (I44)
		Другие нарушения проводимости (I45)
		Легочно-сердечная недостаточность неуточненная (I27.9)
		Гипостатическая пневмония неуточненная (J18.2)
		Хроническая болезнь почек неуточненная (N18.9)
		Уремия (N19)
		Гангрена (R02)
		Другие поражения легкого (J98.4)
		Эмфизема (легкого) (J43.9)

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях

№	Наименование	Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для медицинских организаций за счет субвенций Территориальному фонду ОМС из бюджета Федерального фонда ОМС, в месяц ФДПн (в руб.)	Подушевой норматив финансирования для медицинских организаций за счет средств межбюджетных трансфертов, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства РФ, в месяц Пн (в руб.) *
	1	2	3
1	ГБУЗ АО "ГП № 1"	183,11	43,278858804
2	ГБУЗ АО "ГП № 2"	201,46	43,278858804
3	ГБУЗ АО "ГП № 3"	190,87	43,278858804
4	ГБУЗ АО "ГП № 5"	201,68	43,278858804
5	ГБУЗ АО "ГП № 8"	184,33	43,278858804
6	ГБУЗ АО "ГП № 10"	240,04	43,278858804
7	ГБУЗ АО "ДГП № 1"	555,18	43,278858804
8	ГБУЗ АО "ДГП № 3"	567,69	43,278858804
9	ГБУЗ АО "ДГП № 4"	572,31	43,278858804
10	ГБУЗ АО "ДГП № 5"	555,84	43,278858804
11	ГБУЗ АО "ПРИВОЛЖСКАЯ РБ"	219,09	43,278858804
12	АКБ ФГБУЗ ИЮМЦ ФМБА РОССИИ	190,21	43,278858804
13	ЧУЗ "МСЧ"	165,37	43,278858804
14	ЧУЗ "КБ "РЖД-МЕДИЦИНА" Г.АСТРАХАНЬ"	213,97	43,278858804
15	ФКУЗ "МСЧ МВД РОССИИ ПО АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ"	181,50	43,278858804
16	ПОЛИКЛИНИКА (АСТРАХАНСКАЯ ОБЛ., Г.ЗНАМЕНСК) ФГБУ "413 ВГ" МИНОБОРОНЫ РОССИИ	115,01	43,278858804
17	ГБУЗ АО "АХТУБИНСКАЯ РБ"	257,67	43,278858804
18	ГБУЗ АО "ВОЛОДАРСКАЯ РБ"	239,37	43,278858804
19	ГБУЗ АО "ЕНОТАЕВСКАЯ РБ"	270,68	43,278858804
20	ГБУЗ АО "ИКРЯНИНСКАЯ РБ"	206,48	43,278858804
21	ГБУЗ АО "КАМЫЗЯКСКАЯ РБ"	234,45	43,278858804
22	ГБУЗ АО "КРАСНОЯРСКАЯ РБ"	244,80	43,278858804
23	ГБУЗ АО "ЛИМАНСКАЯ РБ"	270,77	43,278858804
24	ГБУЗ АО "НАРИМАНОВСКАЯ РБ"	212,35	43,278858804
25	ГБУЗ АО "ХАРАБАЛИНСКАЯ РБ ИМ. Г.В. ХРАПОВОЙ"	252,72	43,278858804
26	ГБУЗ АО "ЧЕРНОЯРСКАЯ РБ"	219,23	43,278858804
27	ГБУЗ АО "ГБ ЗАТО ЗНАМЕНСК"	221,25	43,278858804

* Постановление Правительства РФ от 02.02.2022 № 88

Тарифы и коэффициенты на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения
(I ЭТАП)

Возраст	Стоимость законченного случая, руб.*	Относительные коэффициенты стоимости (Кз)	Возраст	Стоимость законченного случая, руб.*	Относительные коэффициенты стоимости (Кз)
МУЖЧИНЫ			ЖЕНЩИНЫ		
18,24,30	1 561,7	0,6266	18, 24,30	2 321,9	0,9516
21,27,33	1 159,7	0,4653	21,27,33	1 919,9	0,7703
36	2 150,2	0,8627	36	2 910,4	1,1677
39	1 748,2	0,7014	39	2 508,4	1,0064
40,44,46,52,56,58,62	2 303,5	0,9242	40,44,46,50,52,56,58,62,64	3 089,8	1,2396
41,45,47,49,53,59,61	1 693,9	0,6796	41,43,47,49,53,55,59,61	2 118,1	0,8498
42,48,54	2 592,7	1,0402	42,48,54,60	3 715,0	1,4905
45	2 957,8	1,1867	45	3 575,0	1,4343
50,64	2 446,5	0,9815	51,57,63	2 743,3	1,1006
51,57,63	1 983,1	0,7956	65,71	2 479,9	0,9949
55	1 836,9	0,7370	66,70,72	2 954,8	1,1855
60	2 735,7	1,0976	67,69,73,75	2 190,7	0,8789
65,71	2 055,7	0,8248	68,74	3 244,0	1,3015
66,70,72	2 168,5	0,8700	76,78,82,84,88,90,94,96	2 385,1	0,9569
67,69,73,75	1 766,5	0,7087	77,83,89,95	2 272,3	0,9117
68,74	2 457,7	0,9860	79,81,85,87,91,93,97,99	1 983,1	0,7956
76,78,82,84,88,90,94,96	1 960,9	0,7867	80,86,92,98	2 674,3	1,0729
77,83,89,95	1 848,1	0,7415			
79,81,85,87,91,93,97,99	1 558,9	0,6254			
80,86,92,98	2 250,1	0,9027			

* Осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие проводится в соответствующие возрастные периоды согласно приложению № 1 к приказу МЗ РФ от 27.04.2021 г. № 404н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения"

Тарифы медицинских услуг на оплату проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения

(I ЭТАП)

Осмотр, исследование, мероприятие	Тариф на осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие, руб.*
Анкетирование	89,10
Измерение артериального давления на периферических артериях	103,00
Прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпация щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза, определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров (консультаций) и обследований в рамках второго этапа диспансеризации	114,80
Расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела	82,70
Исследование уровня общего холестерина в крови (допускается использование экспресс-метода)	178,70
Определение уровня глюкозы в крови натощак (допускается использование экспресс-метода)	167,20
Определение относительного сердечно-сосудистого риска	135,00
Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска	135,00
Флюорографию легких (или рентгенография легких)	402,00
Измерение внутриглазного давления	152,40
Электрокардиографию в покое	588,50
Осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом женщин	424,20
Взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки	336,00
Проведение краткого индивидуального профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья) врачом-терапевтом	289,20
Общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ)	82,50
Маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм	362,10
Определение простат-специфического антигена в крови	143,00
Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом	207,60
Эзофагогастродуоденоскопия (при необходимости может проводиться с применением анестезиологического пособия, в том числе в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара)	831,70

* Осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие проводится в соответствующие возрастные периоды согласно приложению № 1 к приказу МЗ РФ от 27.04.2021 г. № 404н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения"

**Тарифы медицинских услуг на оплату проведения профилактических медицинских осмотров определенных групп
взрослого населения**

Осмотр, исследование, мероприятие	Тариф на осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие, руб.*
Прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, врачом-терапевтом или врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья	289,20
Анкетирование	89,10
Измерение артериального давления на периферических артериях	103,00
Осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом женщин	424,20
Расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела	82,70
Исследование уровня общего холестерина в крови (допускается использование экспресс-метода)	178,70
Определение уровня глюкозы в крови натощак (допускается использование экспресс-метода)	167,20
Определение относительного сердечно-сосудистого риска	135,00
Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска	135,00
Флюорографию легких (или рентгенография легких)	402,00
Измерение внутриглазного давления	152,40
Электрокардиографию в покое	588,50

* Осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие проводится в соответствующие возрастные периоды согласно приложению № 1 к приказу МЗ РФ от 27.04.2021 г. № 404н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения"

**Тарифы медицинских услуг на оплату проведения диспансеризации
определенных групп взрослого населения
(II этап)**

Осмотр, исследование, мероприятие	Тариф на осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие, руб.*
Дуплексное сканирование брахицефальных артерий	513,30
Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-урологом	168,20
Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом, включая проведение ректороманоскопии	770,40
Колоноскопия	1 392,00
Осмотр (консультация) врачом-акушером-гинекологом	436,60
Осмотр (консультация) врачом-офтальмологом	138,90
Проведение индивидуального или группового (школы для пациентов) углубленного профилактического консультирования	115,48
Спирометрия	195,10
Прием (осмотр) врачом-терапевтом	
Осмотр (консультация) врачом-неврологом	231,50
Осмотр (консультация) врачом-оториноларингологом	162,00
Эзофагогастродуоденоскопия	831,70
Рентгенография легких (компьютерная томография легких)	402,00
Осмотр (консультацию) врачом-дерматовенерологом, включая проведение дерматоскопии	259,20
Проведение исследования уровня гликированного гемоглобина в крови	190,00

* Осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие проводится в соответствующие возрастные периоды согласно приложению № 1 к приказу МЗ РФ от 27.04.2021 г. № 404н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения"

Приложение № 9
к Дополнительному соглашению №1

Приложение № 24
к Тарифному соглашению
от "31" января 2022 г.

Тарифы и коэффициенты на оплату проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения

МУЖЧИНЫ			ЖЕНЩИНЫ		
Возраст	Стоимость законченного случая, руб.*	Относительные коэффициенты стоимости (Кз)	Возраст	Стоимость законченного случая, руб.*	Относительные коэффициенты стоимости (Кз)
18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34	1 446,9	0,7177	18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34	1 871,1	0,9282
19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33	1 044,9	0,5183	19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33	1 469,1	0,7288
35, 37, 39	1 633,4	0,8103	35, 37, 39	2 057,6	1,0207
36, 38	2 035,4	1,0097	36, 38	2 459,6	1,2201
40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64	2 187,8	1,0853	40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64	2 187,8	1,0853
41, 43, 45, 47, 49, 51, 53, 55, 57, 59, 61, 63	1 785,8	0,8859	41, 43, 45, 47, 49, 51, 53, 55, 57, 59, 61, 63	1 785,8	0,8859
65, 67, 69, 71, 73, 75, 77, 79, 81, 83, 85, 87, 89, 91, 93, 95, 97, 99 и старше	1 650,8	0,8189	65, 67, 69, 71, 73, 75, 77, 79, 81, 83, 85, 87, 89, 91, 93, 95, 97, 99 и старше	1 650,8	0,8189
66, 68, 70, 72, 74, 76, 78, 80, 82, 84, 86, 88, 90, 92, 94, 96, 98 и старше	2 052,8	1,0183	66, 68, 70, 72, 74, 76, 78, 80, 82, 84, 86, 88, 90, 92, 94, 96, 98 и старше	2 052,8	1,0183

* Осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие проводится в соответствующие возрастные периоды согласно приложению №1 к приказу МЗ РФ от 27.04.2021 г. № 404н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения"

Тарифы и коэффициенты на оплату проведения 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

(1 этап)
девочки

Группа	Возраст (лет)	Стоимость 1 случая, руб.				
		в полном объеме	относительные коэффициенты стоимости (Кз)	при отсутствии проведения нейросонографии	относительные коэффициенты стоимости (Кз)	при отсутствии проведения УЗИ тазобедренных суставов
1	0-1	7 254,70	2,9106	6 765,60	2,7144	6 552,40
2	1-3	6 063,30	2,4326	-	-	-
3	3-5	6 449,00	2,5874	-	-	-
4	5-7	6 815,40	2,7344	-	-	-
5	7-15	7 094,20	2,8462	-	-	-
6	свыше 15 лет	7 253,80	2,9103	-	-	-

мальчики

Группа	Возраст (лет)	Стоимость 1 случая, руб.				
		в полном объеме	относительные коэффициенты стоимости (Кз)	при отсутствии проведения нейросонографии	относительные коэффициенты стоимости (Кз)	при отсутствии проведения УЗИ тазобедренных суставов
1	0-1	7 216,20	2,8952	6 727,10	2,6989	6 513,90
2	1-3	6 024,80	2,4172	-	-	-
3	3-5	6 410,50	2,5719	-	-	-
4	5-7	6 776,90	2,7189	-	-	-
5	7-15	7 391,90	2,9657	-	-	-
6	свыше 15 лет	7 551,50	3,0297	-	-	-

**Тарифы и коэффициенты на оплату проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних
(I этап)***

женский пол

Группа	Возраст (лет)	Стоимость одного случая, руб.	Относительные коэффициенты стоимости (Кз)
1	новорожденный	1 959,2	0,9719
2	1 месяц	7 579,7	3,7600
3	2 месяца	854,3	0,4238
4	3 месяца	2 248,4	1,1153
5	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 месяц, 1 год 3 месяца, 1 год 6 месяцев	289,2	0,1435
6	12 месяцев	3 120,4	1,5479
7	2 года, 4 года, 5, 8, 9, 11, 12 лет	674,9	0,3348
8	3 года	3 052,6	1,5143
9	6 лет	6 893,8	3,4197
10	7 лет	2 242,7	1,1125
11	10 лет	2 589,8	1,2847
12	13 лет	944,9	0,4687
13	14 лет	1 099,1	0,5452
14	15 лет	6 771,1	3,3588
15	16 лет	3 708,2	1,8395
16	17 лет	4 296,7	2,1314

мужской пол

Группа	Возраст (лет)	Стоимость одного случая, руб.	Относительные коэффициенты стоимости (Кз)
1	новорожденный	1 959,2	0,9719
2	1 месяц	7 579,7	3,7600
3	2 месяца	854,3	0,4238
4	3 месяца	2 248,4	1,1153
5	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 месяц, 1 год 3 месяца, 1 год 6 месяцев	289,2	0,1435
6	12 месяцев	3 120,4	1,5479
7	2 года, 4 года, 5, 8, 9, 11, 12 лет	674,9	0,3348
8	3 года	3 014,1	1,4952
9	6 лет	6 855,3	3,4006
10	7 лет	2 242,7	1,1125
11	10 лет	2 589,8	1,2847
12	13 лет	944,9	0,4687
13	14 лет	1 060,6	0,5261
14	15 лет	6 732,6	3,3397
15	16 лет	3 669,7	1,8204
16	17 лет	4 258,2	2,1123

* В случае отказа несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) от проведения одного или нескольких медицинских вмешательств, предусмотренных в рамках профилактического осмотра, стоимость случая формируется в объеме проведенных осмотров врачами-специалистами и выполненных исследований.

Стоимость осмотра врача-специалиста и исследований предоставляется медицинским организациям в электронном виде на информационном портале ТФОМС АО

Тарифы на оплату посещений с помощью телемедицинских технологий*

Формы дистанционного взаимодействия	Тариф, руб.	Относительный коэффициент стоимости (Кз)
1. медицинских работников между собой:		
- дистанционная консультация в режиме реального времени, дистанционная консультация с привлечением 1-го специалиста – участника консилиума	362,11	1,5875
- дистанционная консультация в режиме отсроченной консультации, дистанционная консультация с привлечением 1-го специалиста – участника консилиума	315,02	1,3811
- дистанционный консилиум (с участием 2-3 специалистов), вне зависимости от режима его проведения	747,94	3,2790
- дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования 1 группы (ультразвуковая, эндоскопическая, функциональная, патологоанатомическое исследование)	472,55	2,0717
- дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования 2 группы (рентгенодиагностика, КТ, МРТ, ПЭТ, радионуклидная диагностика)	630,26	2,7631
2. медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями:		
- дистанционное взаимодействие врачей с пациентами и (или) их законными представителями в режиме реального времени.	478,58	2,0981

* установлены в целях проведения межучрежденческих расчетов

Порядок оплаты прерванных случаев лечения в круглосуточном стационаре и в дневных стационарах всех типов

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации №2505 от 28.12.2021 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» (далее – Программа) к прерванным случаям относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся летальным исходом;
7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
8. Законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня (далее – для круглосуточного стационара – койко-дни, для дневного стационара – пациенто-дни) и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно.

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ 10, что и диагноз основного заболевания и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, и не соответствует

критериям оплаты случая лечения по 2 КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию прерванности 2 не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по 2 КСГ по основаниям 2-6 пунктов, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4.

Приложением 5 к Программе и таблицей 1 Приложения 6 определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения по основаниям 1-7) по КСГ, перечисленным в Приложении 5 к Программе и таблице 1 Приложения 6, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основанию 8 и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

В случае выделения в субъекте Российской Федерации подгрупп в составе КСГ, не включенных в вышеуказанный перечень, отдельные подгруппы (но не все) в составе таких КСГ могут оплачиваться в полном объеме в случае длительности госпитализации 3 дня и менее. Подгруппы, включаемые в перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, указываются в соответствующем разделе тарифного соглашения. Аналогично, отдельные подгруппы (но не все) в составе КСГ, включенных в вышеуказанный перечень, могут не включаться в соответствующий раздел тарифного соглашения.

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

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) была проведена тромболитическая терапия, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – от 80 до 90% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – от 80 до 100% от стоимости КСГ.

При этом тарифным соглашением размеры оплаты устанавливаются таким образом, что доля оплаты случаев с длительностью более 3-х дней превышает долю оплаты случаев с длительностью лечения менее 3-х дней.

Таблицей 2 определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи лечения по КСГ, не входящим в Таблицу 2, не могут быть оплачены с применением вышеперечисленных размеров оплаты прерванных случаев (80-90% и 80-100%).

Если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия

не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – от 20 до 50% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – от 50 до 80% от стоимости КСГ.

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

**Перечень КСГ, используемый при оплате прерванных случаев оказания
медицинской помощи**

**Таблица 1. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней
включительно**

№ КСГ	Наименование КСГ
Круглосуточный стационар	
st02.001	Осложнения, связанные с беременностью
st02.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
st03.002	Ангинефротический отек, анафилактический шок
st05.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе*
st08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети*
st08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
st08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
st12.010	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые
st12.011	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)

№ КСГ	Наименование КСГ
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
st16.005	Сотрясение головного мозга
st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st19.038	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
st19.105	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
st19.106	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
st19.107	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
st19.108	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
st19.109	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
st19.110	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
st19.111	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
st19.112	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
st19.113	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
st19.114	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
st19.115	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*
st19.116	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*
st19.117	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*

№ КСГ	Наименование КСГ
st19.118	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14)*
st19.119	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15)*
st19.120	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16)*
st19.121	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17)*
st19.082	Лучевая терапия (уровень 8)
st19.090	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения (уровень 1)
st19.094	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
st19.097	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
st19.100	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4)
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st27.012	Отравления и другие воздействия внешних причин
st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
st30.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
st30.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)

№ КСГ	Наименование КСГ
st30.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
st30.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
st31.017	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
st32.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
st32.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
st32.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация
st36.016	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции
st36.017	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1)*
st36.018	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2)*
st36.019	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3)*
Дневной стационар	
ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.007	Аборт медикаментозный
ds02.008	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)
ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе*
ds08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети*
ds08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
ds08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*

№ КСГ	Наименование КСГ
ds13.003	Лечение наследственных атерогенных нарушений липидного обмена с применением методов афереза (липидная фильтрация, афинная и иммуносорбция липопротеидов) в случае отсутствия эффективности базисной терапии
ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
ds15.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
ds19.028	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
ds19.029	Госпитализация в диагностических целях с постановкой (подтверждением) диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ
ds19.033	Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и (или) иммуногистохимического исследования
ds19.080	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
ds19.081	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
ds19.082	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
ds19.083	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
ds19.084	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
ds19.085	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
ds19.086	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
ds19.087	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
ds19.088	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
ds19.089	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
ds19.090	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*

№ КСГ	Наименование КСГ
ds19.091	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*
ds19.092	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
ds19.093	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14)*
ds19.094	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15)*
ds19.095	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16)*
ds19.096	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17)*
ds19.057	Лучевая терапия (уровень 8)
ds19.063	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения (уровень 1)
ds19.067	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
ds19.071	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
ds19.075	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
ds20.006	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
ds25.001	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
ds27.001	Отравления и другие воздействия внешних причин
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)

№ КСГ	Наименование КСГ
ds36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
ds36.007	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции
ds36.008	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1)*
ds36.009	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2)*
ds36.010	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3)*

<*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения.

Таблица 2. Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию

№ КСГ	Наименование КСГ
В стационарных условиях	
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
st02.012	Операции на женских половых органах (уровень 3)
st02.013	Операции на женских половых органах (уровень 4)
st09.001	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)
st09.002	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 2)
st09.003	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)
st09.004	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)
st09.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 1)
st09.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 2)
st09.007	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 3)
st09.008	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)
st09.009	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)
st09.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)
st10.001	Детская хирургия (уровень 1)
st10.002	Детская хирургия (уровень 2)
st10.003	Аппендэктомия, дети (уровень 1)
st10.004	Аппендэктомия, дети (уровень 2)
st10.005	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)
st10.006	Операции по поводу грыж, дети (уровень 2)
st10.007	Операции по поводу грыж, дети (уровень 3)

№ КСГ	Наименование КСГ
st13.002	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
st13.005	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
st13.007	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
st13.008	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 1)
st13.009	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 2)
st13.010	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 3)
st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
st14.003	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 3)
st15.015	Инфаркт мозга (уровень 2)
st15.016	Инфаркт мозга (уровень 3)
st16.007	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 1)
st16.008	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2)
st16.009	Операции на периферической нервной системе (уровень 1)
st16.010	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)
st16.011	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)
st18.002	Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа
st19.001	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.002	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.003	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3)
st19.004	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.005	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.006	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1)
st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st19.008	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3)
st19.009	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
st19.010	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
st19.011	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3)
st19.012	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1)
st19.013	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2)
st19.014	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1)
st19.015	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2)

№ КСГ	Наименование КСГ
st19.016	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 1)
st19.017	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 2)
st19.018	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1)
st19.019	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2)
st19.020	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3)
st19.021	Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости
st19.022	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях
st19.023	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.024	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.025	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1)
st19.026	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2)
st19.038	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
st19.104	Эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.007	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
st20.008	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
st20.009	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st24.004	Ревматические болезни сердца (уровень 2)
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st25.005	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 1)
st25.006	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 2)
st25.007	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 3)
st25.008	Операции на сосудах (уровень 1)
st25.009	Операции на сосудах (уровень 2)

№ КСГ	Наименование КСГ
st25.010	Операции на сосудах (уровень 3)
st25.011	Операции на сосудах (уровень 4)
st25.012	Операции на сосудах (уровень 5)
st27.007	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2)
st27.009	Другие болезни сердца (уровень 2)
st28.002	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 1)
st28.003	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 2)
st28.004	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)
st28.005	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)
st29.007	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)
st29.008	Эндопротезирование суставов
st29.009	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
st29.010	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
st29.011	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
st29.012	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)
st29.013	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)
st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
st30.007	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)
st30.008	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)
st30.009	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)
st30.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
st30.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
st30.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
st30.013	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 4)
st30.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
st30.015	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)
st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
st31.003	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)
st31.004	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)
st31.005	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 4)
st31.006	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 1)
st31.007	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 2)
st31.008	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 3)
st31.009	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)
st31.010	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)
st31.015	Остеомиелит (уровень 3)
st31.019	Операции на молочной железе (кроме злокачественных новообразований)
st32.001	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 1)
st32.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
st32.003	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 3)
st32.004	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)

№ КСГ	Наименование КСГ
st32.005	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 1)
st32.006	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)
st32.007	Панкреатит, хирургическое лечение
st32.008	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
st32.009	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)
st32.010	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)
st32.011	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)
st32.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
st32.013	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
st32.014	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
st32.015	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
st32.019	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 4)
st32.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
st32.017	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)
st32.018	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 3)
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st34.003	Операции на органах полости рта (уровень 2)
st34.004	Операции на органах полости рта (уровень 3)
st34.005	Операции на органах полости рта (уровень 4)
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация
В условиях дневного стационара	
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.003	Операции на женских половых органах (уровень 1)
ds02.004	Операции на женских половых органах (уровень 2)
ds09.001	Операции на мужских половых органах, дети
ds09.002	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети
ds10.001	Операции по поводу грыж, дети
ds13.002	Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов
ds14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
ds14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
ds16.002	Операции на периферической нервной системе
ds18.003	Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа
ds19.016	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
ds19.017	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
ds19.028	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
ds20.004	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
ds20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)

№ КСГ	Наименование КСГ
ds20.006	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
ds25.001	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
ds25.002	Операции на сосудах (уровень 1)
ds25.003	Операции на сосудах (уровень 2)
ds28.001	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения
ds29.001	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
ds29.002	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
ds29.003	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
ds30.002	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
ds30.003	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)
ds30.004	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
ds30.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
ds30.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
ds31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
ds31.003	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)
ds31.004	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)
ds31.005	Операции на органах кроветворения и иммунной системы
ds31.006	Операции на молочной железе
ds32.001	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
ds32.002	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)
ds32.003	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
ds32.004	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
ds32.005	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
ds32.006	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях
ds32.007	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
ds32.008	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
ds34.003	Операции на органах полости рта (уровень 2)

Приложение №14
к Дополнительному соглашению №1

Приложение № 40
к Тарифному соглашению
от "31" января 2022 года

Подушевой норматив финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи

№	Наименование	Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для медицинских организаций, в месяц ФДПн (в руб.) (КС, ДС, неотложка)	в том числе:				Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для медицинских организаций, в амбулаторных условиях в месяц ФДПн (в руб.)	Всего фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для медицинских организаций, по всем видам и условиям в месяц ФДПн (в руб.)
			Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для медицинских организаций, в месяц ФДПн (в руб.) (КС)	Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для медицинских организаций, в месяц ФДПн (в руб.) (ДС)	Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для медицинских организаций, в месяц ФДПн (в руб.) (неотложка)	Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для медицинских организаций, в месяц ФДПн (в руб.)		
	I	2	3	4	5	6	7	
1	ГБУЗ АО "АХТУБИНСКАЯ РБ"	301,02	222,60	51,24	27,18	257,67	558,69	
2	ГБУЗ АО "ВОЛОДАРСКАЯ РБ"	149,23	110,35	25,40	13,48	239,37	388,60	
3	ГБУЗ АО "ЕНОТАЕВСКАЯ РБ"	284,51	210,39	48,43	25,69	270,68	555,19	
4	ГБУЗ АО "ИКРЯНИНСКАЯ РБ"	139,13	102,89	23,68	12,56	206,48	345,61	
5	ГБУЗ АО "КАМЫЗЯКСКАЯ РБ"	156,86	116,00	26,70	14,16	234,45	391,31	
6	ГБУЗ АО "КРАСНОЯРСКАЯ РБ"	170,01	125,72	28,94	15,35	244,80	414,81	
7	ГБУЗ АО "ЛИМАНСКАЯ РБ"	246,39	182,20	41,94	22,25	270,77	517,16	
8	ГБУЗ АО "НАРИМАНОВСКАЯ РБ"	132,29	97,82	22,52	11,95	212,35	344,64	
9	Г.В. ХРАПОВОЙ"	242,73	179,49	41,32	21,92	252,72	495,45	
10	ГБУЗ АО "ЧЕРНОЯРСКАЯ РБ"	183,03	134,49	30,96	17,58	219,23	402,26	
11	ГБУЗ АО "ГБ ЗАТО ЗНАМЕНСК"	292,98	216,65	49,87	26,46	221,25	514,23	

Порядок расчета стоимости страхового случая

1. Стоимость страхового случая (Sall) рассчитывается в соответствии с утвержденными тарифами на оплату медицинской помощи.

Для расчета стоимости используются:

Б – базовая ставка финансирования единицы объема медицинской помощи;

Т – утвержденный тариф (для ВМП - норматив финансовых затрат);

Кз – относительный коэффициент стоимости посещения и поправочный коэффициент стоимости обращения (по профилю «Стоматология» Кз=1), стоимости вызова скорой медицинской помощи, отдельных диагностических и лабораторных исследований, затратоемкости по КСГ, затратоемкости для оплаты диализа;

Кп – поправочный коэффициент для приема с применением мобильных медицинских комплексов;

Кпдв – поправочный коэффициент при оказании профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, в выходные дни оплата (при оказании профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, оказанная мобильными медицинскими бригадами с применением мобильных медицинских комплексов, применяется Кп);

Кпд – поправочный коэффициент для консультативно-диагностических посещений/обращений;

КСкsg – коэффициент специфики;

КУСмо – коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи (при дневном стационаре - КУСмо =1);

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента (при дневном стационаре – КСЛП =0), (при необходимости, сумма применяемых КСЛП);

Км – районный коэффициент (безводные местности и т.д.);

Кпр – поправочный коэффициент для прерванного случая, для законченного случая Кпр = 1;

УЕТ – условная единица трудоемкости (Приложение №4);

Кует – количество УЕТ отраженных в реестрах, но не более, установленных Приложением № 5 к Тарифному соглашению;

Ур – фактическое число вызовов скорой медицинской помощи, процедур диализа;

Расчет стоимости случая определяется по следующим формулам:

- при оказании амбулаторно-поликлинической помощи (кроме профиля «Стоматология»)

$$S_{all} = B \times K_3 \times K_p (K_{pd}) \times K_m ;$$

- при оказании амбулаторно-поликлинической помощи по профилю «Стоматология»,

$$S_{all} = B \times K_p \times K_m \times K_{ует};$$

- для профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым МЗРФ, лабораторных исследований, проводимых централизованными лабораториями,

$$S_{all} = T \times K_p \times K_{пдв} \times K_m;$$

- при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневных стационаров (кроме ВМП, без учета ДЗП),

$$S_{all} = (B \times (K_3 \times K_{Cкст} \times K_{УСмо} + K_{СЛП})) \times K_m \times K_{пр};$$

- при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточных стационаров (ВМП),

$$S_{all} = T;$$

- при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневных стационаров с учетом ДЗП,

$$S_{all} = (B \times K_3 \times ((1 - D_{зп}) + D_{зп} \times K_{Cкст} \times K_{УСмо}) + B \times K_{СЛП}) \times K_m \times K_{пр},$$

где,

Дзп - доля заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе по КСГ согласно Приложению №36

- при вызовах скорой помощи

$$S_{all} = B \times K_3 \times K_m \times U_p;$$

- при проведении услуг и КСГ диализа, гемодиализа

$$S_{all} = B \times K_3 \times U_p.$$

2. Расчет средств подушевого финансирования МО ($\Sigma_{пнф}$) производится ТФОМС и определяется по следующей формуле:

$$\Sigma_{пнф}^{MO^i} = ФДП_n^i \times Ч_n, \text{ где:}$$

$ФДП_n^i$ — фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования МО (Приложения № 16, 31, 40)

$Ч_n$ - численность прикрепленного населения, определенная на основании «Актów сверки численности застрахованных лиц» на 1 число месяца, за

который производится расчет. В случае изменения численности прикрепленного населения в течение месяца сумма средств подушевого финансирования МО определяется на основании «Актa свeрки численности застрахованных лиц» на 1 число месяца и число месяца, с которого произошли изменения, исходя из календарных дней месяца, за который производится расчет.

При этом размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу определяется по следующей формуле:

$$\sum \text{пнф}_{\text{МО}}^i = \Phi \text{ДП}_n^i * \text{Ч}_n + \text{ОС}_{\text{рд}}, \text{ где:}$$

ОС_{рд} – объем средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей.

2.1. Расчет средств подушевого финансирования МО за счет межбюджетных трансфертов бюджету ТФОМС на дополнительное финансовое обеспечение оказания первичной медико-санитарной помощи лицам, застрахованным по ОМС, в т.ч. с заболеванием и (или) подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), в рамках реализации ТП ОМС ($\sum \text{пнф}_{\text{МБТ}}$) производится ТФОМС и определяется по следующей формуле:

$$\sum \text{пнф}_{\text{МБТ МО}}^i = \Pi_n^i \text{ МБТ} * \text{Ч}_n, \text{ где:}$$

$\Pi_n^i \text{ МБТ}$ – подушевой норматив финансирования МО (Приложение № 16)

Ч_n - численность прикрепленного населения, определенная на основании «Актa свeрки численности застрахованных лиц» на 1 число месяца, за который производится расчет. В случае изменения численности прикрепленного населения в течение месяца сумма средств подушевого финансирования МО определяется на основании «Актa свeрки численности застрахованных лиц» на 1 число месяца и число месяца, с которого произошли изменения, исходя из календарных дней месяца, за который производится расчет.

3. Расчет средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов производится СМО и определяется в соответствии с пунктом 2.6 Тарифного соглашения по следующей формуле:

$$\Phi_{\text{МО СМО}}^i = \sum \text{фо}_{\text{МО}}^i / 12 \text{ мес} / \sum \text{Ч}_{\text{МО}}^i * \text{Ч}_{\text{МО СМО}}^i, \text{ где:}$$

$\sum \text{фо}_{\text{МО}}^i$ – сумма финансового обеспечения МО (ФП, ФАП) (Приложение № 13 к Тарифному соглашению);

$\sum \text{Ч}_{\text{МО}}^i$ – сумма численности прикрепленного населения, определенная на основании «Актów сверки численности застрахованных лиц» на 1 число месяца, за который производится расчет. В случае изменения численности прикрепленного населения в течение месяца сумма средств финансового обеспечения МО определяется на основании «Актów сверки численности застрахованных лиц» на 1 число месяца и число месяца, с которого произошли изменения, исходя из календарных дней месяца, за который производится расчет;

$\text{Ч}_{\text{МО}}^i \text{СМО}^i$ – численность прикрепленного населения, определенная на основании «Актów сверки численности застрахованных лиц» на 1 число месяца, за который производится расчет. В случае изменения численности прикрепленного населения в течение месяца сумма средств финансового обеспечения МО определяется на основании «Актów сверки численности застрахованных лиц» на 1 число месяца и число месяца, с которого произошли изменения, исходя из календарных дней месяца, за который производится расчет.

4. Порядок математических операций.

В целях применения единого подхода к проведению математических операций по расчету стоимости (Sall , $\sum \text{пнф}$, $\Phi_{\text{МО}}^i \text{СМО}^i$) необходимо округлять до 2х знаков после запятой построчно.

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

1.Сведения о перечне оснований.

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества
Раздел 1. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля			
1.1.	Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.	0	0,3
1.2.	Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.	0	1
1.3.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей.	1	0,3
1.4.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		

1.4.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1	0
1.4.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	1	0
1.4.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение, отсутствие сведений о страховом случае с легальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи по данным персонализированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;	1	0
1.4.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1	0
1.4.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1	0
1.4.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты;	1	0
1.5.	Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе);	1	0
1.6.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.6.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в программу обязательного медицинского страхования;	1	0
1.6.2.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленной программой обязательного медицинского страхования;	1	0
1.6.3.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;	1	0
1.6.4.	включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования Российской Федерации <1>, медицинских услуг, оказываемой частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности.	1	0
1.7.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:		
1.7.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	1	0
1.7.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	1	0
1.8.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелцензированных видов медицинской деятельности, в том числе с нарушением лицензионных		

требований:			
1.8.1.	включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1	0
1.8.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;	1	0
1.8.3.	предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (на основании информации лицензирующих органов).	1	0
1.9.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста по профилю оказания медицинской помощи.	1	0
1.10.	Нарушения, связанные с повторным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:		
1.10.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	1	0
1.10.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1	0
1.10.3.	стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	1	0
1.10.4.	стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию.	1	0
1.10.5.	включение в реестр счетов медицинской помощи, оказанной амбулаторно, в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также оказания медицинской помощи (консультаций) в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме);	1	0
1.10.6.	включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	1	0
Раздел 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы			
2.1.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования;	0	0,3
2.2.	Нарушение условий оказания скорой медицинской помощи, возникшее в несоблюдении установленного программой обязательного медицинского страхования времени доезда бригады скорой медицинской помощи, при летальном исходе до приезда бригады скорой помощи.	1	3
2.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе:		
2.3.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;	0	1

2.3.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья;	0	2
2.3.3.	приведший к летальному исходу.	0	3
2.4.	Несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения застрахованного лица, которому по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение	0	0,3
2.5.	Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований, в том числе:		
2.5.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;	0	1
2.5.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения наблюдения, от его прохождения);	0	2
2.5.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения наблюдения, от его прохождения).	0	3
2.6.	Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (по факту выявления, с учетом информации лицензирующих органов).	1	0
2.7.	Предоставление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее в течение четырнадцати календарных дней при оказании медицинской помощи в указанный период в амбулаторных условиях (за исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией).	1	0,3
2.8.	Необоснованное представление в реестрах счетов оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период пребывания в условиях круглосуточного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях).	1	0,3
2.9.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, входящую в базовую либо территориальную программу обязательного медицинского страхования, при оказании медицинской помощи в рамках базовой либо территориальной программы обязательного медицинского страхования.	0	1
2.10.	Приобретение пациентом или его представителем в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов <2>, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека <3>, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.	0,5	0,5

2.11.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.	0	0,6
2.12.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин в течение 5 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда или территориального фонда или страховой медицинской организации.	1	0
2.13.	Отсутствие в документации (несоблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях <4>.	0,1	0
2.14.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и/или учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы).	0,5	0
2.15.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней).	1	0
2.16.	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
2.16.1.	оплаченный случай оказания медицинской помощи выше тарифа, установленного тарифным соглашением;	0,1	0,3
2.16.2.	включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.	1	1
2.17.	Отсутствие в карте стационарного больного протокола врачебной комиссии в случаях назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.	0	0,3
2.18.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования.	0	0,3
Раздел 3 Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи			
3.1.	Установление неверного диагноза, связанное с отсутствием обоснования клинического диагноза в первичной медицинской документации или несоответствие результатов обследования клиническому диагнозу:		
3.1.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	0
3.1.2.	приведшее к удлинению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленном законодательством Российской Федерации случаях);	0,3	0
3.1.3.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания;	0,4	0,3

3.1.4.	приведшее к инвалидизации;	0,9	1
3.1.5.	приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов);	1	3
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий;		
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	0
3.2.2.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,4	0,3
3.2.3.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,9	1
3.2.4.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	1	3
3.2.5.	рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанных центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций;	0,9	1
3.2.6.	по результатам проведенного диспансерного наблюдения	0,9	1
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания.	0,5	0,6
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях).	0,5	0,3
3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение четырнадцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, тридцати дней стационарно (повторная госпитализация).	0,3	0
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преимущественности в оказании медицинской помощи (в том числе	0,8	1

	несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.		
3.7.	Госпитализация застрахованного лица в плановой или неотложной форме с нарушением требований к профильности оказанной медицинской помощи (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации в неотложной и экстренной форме с последующим переводом в течение суток в профильные медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций).	1	0,3
3.8.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, отсутствие пациента в медицинской организации на дату проверки.	1	0,3
3.9.	Необоснованное повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов.	1	0,3
3.10.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований в связи с несоответствием оснащения медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации)	0,9	0,5
3.11.	Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.	0,5	0
3.12.	Нарушение прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, базовой программы обязательного медицинского страхования; на выбор врача.	0	0,3
3.13.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи, связанные с риском для здоровья пациента.	0,5	0,6

<1> В соответствии с частью 1 статьи 32 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2017, N 1, ст. 34).

<2> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 12 октября 2019 г. N 2406-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, N 42, ст. 5979; 2020, N 48, ст. 7813).

<3> Распоряжение Правительства Российской Федерации 31 декабря 2018 г. N 3053-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, N 2, ст. 196; N 41, ст. 5780).

<4> В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2020, N 29, ст. 4516).

2. Методика исчисления размеров оплаты затрат на оказание медицинской помощи.

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

$$H = PT \times K_{10}, \text{ где:}$$

PT - размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи, утвержденный настоящим Соглашением. Если стоимость случая, подлежащего неоплате (неполной оплате) не является тарифом, утвержденным настоящим Соглашением, или получена расчетным путем, в том числе с использованием доли оплаты прерванных случаев, то параметр **PT** следует понимать как сумму, выставленную к оплате по законченному случаю лечения;

K₁₀ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи, утвержденный настоящим Соглашением.

3. Размеры неуплаты штрафов за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($C_{шт}$), рассчитывается по формуле:

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

K_{шт} - коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, утвержденный настоящим Соглашением;

RP - подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, утвержденные Программой, используемые при определении размера штрафа за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи независимо от применяемого способа оплаты:

- в амбулаторных условиях – 5 313,4 руб.;
- при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации – 840,2 руб.;
- в стационарных условиях, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – 6 234,0 руб.
- в условиях дневного стационара, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – 1 597,8 руб.

ПЕРЕЧЕНЬ КСГ, ПРИ ОПЛАТЕ ПО КОТОРЫМ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ
КОЭФФИЦИЕНТ УРОВНЯ (ПОДУРОВНЯ)
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

№ КСГ	Наименование КСГ
Круглосуточный стационар	
st01.001	Беременность без патологии, родовая госпитализация в отделение сестринского ухода
st02.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом
st02.006	Послеродовой сепсис
st02.012	Операции на женских половых органах (уровень 3)
st03.002	Ангинефротический отек, анафилактический шок
st04.001	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
st09.003	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)
st09.004	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)
st09.008	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)
st09.009	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)
st09.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)
st10.003	Аппендэктомия, дети (уровень 1)
st10.005	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)
st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
st15.005	Эпилепсия, судороги (уровень 1)
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)
st16.003	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии
st16.005	Сотрясение головного мозга
st16.010	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)
st16.011	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)
st20.008	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
st20.009	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st27.001	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
st27.003	Болезни желчного пузыря
st27.005	Гипертоническая болезнь в стадии обострения

№ КСГ	Наименование КСГ
st27.006	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)
st27.010	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
st28.004	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)
st28.005	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)
st29.002	Переломы шейки бедра и костей таза
st29.003	Переломы бедренной кости, другие травмы области бедра и тазобедренного сустава
st29.004	Переломы, вывихи, растяжения области грудной клетки, верхней конечности и стопы
st29.005	Переломы, вывихи, растяжения области колена и голени
st29.012	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)
st29.013	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)
st30.004	Болезни предстательной железы
st30.008	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)
st30.009	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)
st30.015	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)
st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
st31.009	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)
st31.010	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)
st31.012	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
st31.018	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы
st32.004	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)
st32.010	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)
st32.011	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)
st32.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
st32.013	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
st32.014	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
st32.015	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация
st36.017	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1)
st36.018	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2)
st36.019	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3)
st37.004	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (6 баллов по ШРМ)